

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 51.

DÉFORMATIONS DU COL VÉSICAL

DANS

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FABRE

Né le 26 février 1876, à Virieu-sur-Bourbre (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 51.

DÉFORMATIONS DU COL VÉSICAL

DANS

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 19 Décembre 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis FABRE

Né le 26 février 1876, à Virieu-sur-Bourbre (Isère).



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	}	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (M.)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, ^e agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUG.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROCHET, Assesseur ;
MM. CONDAMIN et NOVÉ-JOSSERAND Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES MAITRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Poncet du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous gardons une profonde reconnaissance à M. Delore, chef de clinique, dont les conseils nous ont été si précieux pendant le cours de nos études et qui a bien voulu nous diriger dans la rédaction de ce modeste travail.

L. F.

INTRODUCTION

On a beaucoup discuté dans ces dernières années sur les interventions destinées à combattre la rétention d'urine chez les prostatiques ; successivement la prostatotomie avec Billroth¹ et Harrisson², puis la prostatectomie avec Tédénat³ et Desnos, sont considérées comme des opérations de choix, surtout à l'étranger où les chirurgiens anglais et américains les pratiquent journellement.

Dans la thèse de Prédal (Paris, 1897), nous trouvons également vingt observations de prostatectomies suivies de succès ; mais depuis les travaux de M. le professeur Poncet et de M. Delore, qui ont montré toute la gravité de ces interventions chez les sujets qui les réclament, on semble revenir à la cystostomie sus-pubienne qui, depuis 1888, date de la première opération de ce genre, pratiquée par M. Poncet ne compte plus ses succès.

Sans vouloir discuter les avantages et les inconvénients de ces différentes méthodes, nous désirons, en nous plaçant au point de vue spécial des suites opératoires, montrer que par ses résultats la cystostomie sus-pubienne est encore la méthode de choix.

¹ Billroth, *Langen beck's archiv*, X.

² Harrisson, *Lancet*, 24 juin 1884.

³ Sauvajol, th. Montpellier, 1891.

Sans s'occuper directement des lésions prostatiques ni des déformations consécutives du col vésical, on doit s'attacher surtout à décongestionner la vessie et la prostate en créant à l'urine le plus souvent septique une large voie d'écoulement par un néo-canal hypogastrique : c'est un véritable drainage de la cavité vésicale infectée. Si certains cas, très rares, il est vrai, paraissent justiciables d'une prostatectomie, c'est encore à l'opération de M. le professeur Poncet, c'est-à-dire à la cystostomie sus-pubienne qu'il faut avoir recours.

Après avoir décrit brièvement les symptômes de l'hypertrophie prostatique, nous ferons l'étude anatomique des lésions de la prostate occasionnées par les développements variés de cet organe, et nous montrerons quelles sont les causes des accidents de rétention et d'infection urineuses dans ce cas particulier.

D'après ces constatations, nous pourrions indiquer que la prostatotomie doit être complètement abandonnée ; la prostatectomie, pour les mêmes raisons, n'est applicable que dans les cas d'hypertrophie bien localisée à un lobe nettement pédiculé, qui peut être excisé sans traumatisme toujours grave chez les vieillards. Reste enfin la cystostomie sus-pubienne qui assure à l'urine un écoulement facile, qui décongestionne la vessie et la prostate et dont l'application n'occasionne pas une intervention grave, que ne saurait supporter un sujet déjà âgé et le plus souvent infecté.

D'ailleurs, les observations que nous publierons à la fin de cette discussion, nous montreront que l'opération de M. le professeur Poncet est vraiment, dans la plupart des cas, l'intervention que réclament les déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique.

DÉFORMATIONS DU COL VÉSICAL

DANS

L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Il serait difficile et peut-être un peu long de faire une étude détaillée de tous les phénomènes par lesquels se manifeste dans les différents cas l'hypertrophie prostatique ; nous allons simplement en esquisser les grandes lignes, et nous essayerons surtout de dégager de cet ensemble de faits les deux types cliniques que l'on rencontre le plus souvent.

L'hypertrophie prostatique n'est pas une maladie aiguë qui frappe brusquement un individu en pleine santé et qui n'a jamais éprouvé auparavant de troubles urinaires d'aucune sorte. Nous verrons dans le chapitre de la pathogénie le rôle qu'il faut faire jouer à la sclérose de l'appareil urinaire ; mais, dès à présent, nous pouvons dire que cette sclérose provoque du côté de la prostate un état de congestion latente qui se révélera bientôt par les différents phénomènes que nous allons étudier.

Un des premiers signes que nous pouvons observer, c'est la fréquence des mictions. Cette fréquence se manifeste surtout la nuit, en raison précisément de l'état con-

gestif de la prostate, provoqué par le décubitus dorsal. Par le fait de la sclérose, en effet, les veines vésicales et prostatiques forment de véritables sinus largement anastomosés entre eux ; la circulation est considérablement ralentie et il en résulte une congestion intense de la muqueuse vésicale qui provoque sans cesse la contraction des muscles vésicaux. Le malade éprouve continuellement le besoin d'uriner, et la miction a lieu douze ou quinze fois dans la nuit, et même davantage.

Cette fréquence existe encore au moment du réveil et persiste jusqu'à ce que l'état congestif de la vessie et de la prostate ait disparu.

Mais le décubitus dorsal n'est pas la seule cause de ce spasme vésical ; tous les actes qui seront susceptibles d'amener une congestion intense des voies urinaires provoqueront les envies d'uriner et la fréquence des mictions ; c'est ainsi qu'un prostatique souffrira beaucoup d'un long voyage, d'un repas plantureux, d'une excitation génésique un peu prolongée ; le froid aussi a une action incontestable, et les malades remarquent presque toujours que les envies d'uriner sont beaucoup plus impérieuses et plus fréquentes en hiver qu'en été.

Un autre élément intervient encore, c'est la lenteur dans l'émission du jet d'urine qui sort lentement, et souvent goutte à goutte de l'urètre ; il semble que, malgré de violents efforts, le muscle vésical ne puisse arriver à surmonter l'obstacle que lui opposent les masses prostatiques uniformément hypertrophiées le long du canal de l'urètre et surtout les déformations du col vésical ; quelquefois même, comme nous le verrons bientôt, cet obstacle ne peut être surmonté et amène une véritable rétention.

La lenteur du jet d'urine a donc une réelle importance au point de vue clinique ; tout autre est la signification de la déformation de ce jet ; qu'il y ait, en effet, une lésion de l'urètre pénien, telle qu'un rétrécissement ou une coudure accidentelle : le jet, à sa sortie, sera bien déformé, mais depuis le col vésical jusqu'à cet obstacle, c'est-à-dire dans les voies normales, il n'aura subi aucune déviation ; cette déviation ne nous indique que l'existence d'un obstacle, sans nous renseigner nullement sur sa nature ni sur son siège.

Tels sont, en quelques mots, les différents symptômes que l'on peut observer au début de l'hypertrophie prostatique.

A ce moment, les urines ont encore conservé leurs caractères normaux ; elles sont claires, sans odeur ; leur quantité seule paraît légèrement augmentée. On ne note pas de phénomènes généraux ; la cystite et la fièvre n'ont pas encore fait leur apparition ; les fonctions digestives sont régulières ; en un mot, la santé générale ne se ressent pas de ces troubles urinaires légers.

La maladie une fois confirmée, tous les phénomènes de la période prémonitoire vont en s'accroissant ; l'obstacle prostatique, que l'hypertrophie soit généralisée à toute la glande ou localisée à l'un de ses lobes, devient de plus en plus insurmontable, d'autant plus que la force de contractilité vésicale va toujours en diminuant sous l'influence de la sclérose envahissante ; nous allons avoir tous les symptômes de la rétention.

Il y a d'abord du retard des mictions ; les envies d'uriner sont toujours aussi fréquentes, souvent de plus en plus impérieuses ; mais le muscle vésical affaibli

n'arrive que rarement à vaincre la résistance que lui oppose la prostate hypertrophiée; la quantité d'urine rejetée à chaque miction diminue progressivement, et par suite, celle retenue dans la vessie augmente aussi graduellement. Les douleurs sont horribles et rien ne peut les calmer.

C'est alors que le malade, après de nombreux et vains efforts, en arrive au cathétérisme.

Cette opération est-elle bien conduite avec toutes les règles de l'asepsie? Les phénomènes de rétention disparaîtront momentanément après l'évacuation pour se reproduire bientôt après et réclamer une nouvelle intervention.

Est-elle mal pratiquée, brutalement, sans règles, sans asepsie? On aura des fausses routes avec urétrorragies plus ou moins intenses et surtout l'infection de la vessie avec tous les signes de la cystite.

Cette vessie, toujours distendue, laisse échapper par regorgement des urines qui sont pâles, quelquefois troubles, émises en petite quantité et au prix des plus grandes souffrances. Ces fausses mictions sont si fréquentes, surtout la nuit, que le malade arrive à rejeter jusqu'à 3 litres d'urine par jour.

Alors apparaissent les phénomènes généraux. La température s'élève rapidement et atteint souvent 39°5 et même 40 degrés avec tous les signes de l'empoisonnement urineux et de l'infection des voies urinaires supérieures. Les troubles digestifs sont intenses; il y a inappétence complète avec céphalalgie, nausées et vomissements; la langue est sèche, rôtie comme dans la fièvre typhoïde. La muqueuse buccale est douloureuse: c'est la dysphagie buccale de Guyon.

C'est à ce moment que les malades se présentent le

plus souvent pour réclamer les secours du chirurgien. Les cas où l'on se trouve en présence d'un malade non infecté sont bien rares. Ce type clinique existe bien ; mais les prostatiques de cette catégorie réclament rarement d'eux-mêmes une intervention, et si on la leur propose, ils ne l'acceptent pas. Nous verrons plus loin les conséquences qui découlent de cette distinction en malade infecté et non infecté, au point de vue opératoire.

Le chirurgien se trouve donc ordinairement en présence d'un vieillard prostatique, atteint de rétention urinaire et présentant tous les symptômes de l'infection urinaire.

La palpation et la percussion montrent que la vessie atteint un volume parfois énorme, dépassant l'ombilic.

Le toucher rectal donne très peu d'indications ou, tout au moins, des indications peu précises au point de vue auquel nous nous sommes placé. On pourra bien arriver à sentir la prostate hypertrophiée ; mais comment distinguer sur lequel des lobes spécialement porte cette hypertrophie ? D'ailleurs, on a vu souvent une prostate énorme n'occasionner que des troubles urinaires très légers, alors qu'une prostate, normale au toucher rectal, provoquait une rétention d'urine complète : tout dépend des déformations du col vésical dues à l'hypertrophie prostatique.

Mais, ces déformations, peut-on les reconnaître par le cathétérisme, comme le croyaient Mercier, Leroy-d'Etiolles et Guyon ?

Evidemment, une sonde introduite dans l'urètre nous renseignera par sa longueur et son calibre sur la longueur et le calibre de ce canal ; mais cette sonde pourra-t-elle nous indiquer si le col vésical est déformé en croupion de poulet, en éventail, en barre ou en col utérin ? Evidem-

ment non : les sensations fournies par le cathétérisme sont trop confuses pour être interprétées d'une façon aussi exclusive.

En présence de ces malades le chirurgien ne peut donc pas se prononcer sur la forme de la lésion : c'est simplement un vieillard qui a de la rétention d'urine par le fait de l'obstruction du col vésical ; qui est infecté et, par conséquent, présente un état général mauvais. Avant tout, il faudra éviter un traumatisme qui pourrait, comme la prostatectomie, ouvrir une nouvelle porte d'entrée à l'infection ; mais nous reviendrons sur cette question dans le chapitre du traitement où nous étudierons les avantages de la cystostomie sus-pubienne.

Connaissant à présent les différents symptômes qui décèlent l'hypertrophie prostatique, il nous faut étudier la nature de cette hypertrophie et les lésions anatomiques qu'on y rencontre. Ce sera l'objet du chapitre de l'anatomie pathologique.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme nous le verrons en pathogénie, l'hypertrophie de la prostate n'est pas seule en cause dans les troubles vésicaux que nous venons de décrire ; l'arbre urinaire tout entier est atteint ; aussi nous décrirons en quelques mots les lésions des reins et des uretères pour insister spécialement sur les altérations de la vessie, des vaisseaux, de la prostate, et surtout sur les déformations du col vésical.

Au début de la maladie, les reins ne présentent d'autres lésions que celles de la sclérose généralisée à toutes les voies urinaires ; plus tard, au fur et à mesure des progrès de l'hypertrophie prostatique, la vessie ne se vidant plus que difficilement, cette rétention retentit sur l'organe générateur de l'urine qui se sclérose, se rétracte de plus en plus et présente bientôt toutes les altérations de la néphrite chronique ; quelquefois même dans le cas d'infection vésicale, on peut observer tous les ravages de la pyélonéphrite ascendante.

Les parois des uretères sont très épaisses, et leur lumière paraît très agrandie ; leur orifice intra-vésical est également dilaté, d'autant plus qu'il est surélevé par la saillie du bourrelet interurétérique hypertrophié.

Les altérations de la vessie sont beaucoup plus nom-

breuses encore ; elle est d'abord déformée : très souvent, en effet, soit sur le vivant, dans le courant d'une cystostomie, soit sur la table d'autopsie, on trouve un bas-fond en arrière du bourrelet interurétrique. C'est dans ce bas-fond que se logent ordinairement les calculs vésicaux, le pus dans les cas de cystite purulente, les caillots sanguins après une hémorragie vésicale.

La présence de ce bas-fond a pour effet d'augmenter la capacité vésicale, rendue déjà plus grande par la perte d'élasticité de la vessie. Cet organe au début, comme l'indique M. Delore dans son *Traité de la cystostomie sus-pubienne*, réagit contre l'obstacle prostatique en se contractant fortement ; puis peu à peu, cette puissance de contraction faiblissant chaque jour, elle se laisse dilater légèrement jusqu'à ce qu'elle soit forcée et qu'elle ne réagisse plus. A ce stade, on constate des altérations anatomiques bien marquées.

La sclérose a transformé peu à peu le tissu musculaire en tissu fibreux, quelques fibres seules ont échappé à ce travail destructeur et ce sont ces fibres qui, hypertrophiées en raison directe des efforts qu'elles sont destinées à produire pour lutter contre l'obstacle prostatique, se dessinent en relief sous la muqueuse vésicale ; elles forment de véritables colonnes sur la paroi interne de la vessie, d'où le nom de vessies à colonnes, bien étudiées par Launois (thèse de Paris, 1885).

Mais la sclérose n'a pas envahi le tissu musculaire isolément ; comme l'a montré M. Delore, tous les éléments participent au processus scléreux ; les unes après les autres les couches celluleuses et les couches sous-muqueuses sont transformées en tissu fibreux ; les parois

vésicales deviennent épaisses, rigides, et perdent rapidement leur élasticité.

Les lésions de la prostate sont beaucoup plus importantes au point de vue qui nous intéresse. Nous allons d'abord dire quelques mots des altérations histologiques de la glande, nous réservant d'étudier plus longuement l'aspect macroscopique de la prostate hypertrophiée, et d'en tirer des conclusions opératoires au chapitre suivant.

Ces altérations histologiques ont été diversement interprétées suivant les auteurs. Pour Nélaton, les éléments de la glande subsistaient tous avec tous leurs rapports, et ne présentaient d'autre lésion qu'une hypertrophie simple et généralisée.

Pour d'autres, la lésion est due à la prolifération du tissu conjonctif, à l'hyperplasie du stroma ; la prostate serait alors pour Paget et Forster, une réunion de petits fibro-myômes.

Cruveilhier et Thompson assimilent l'hypertrophie de la prostate au carcinome de la glande, le développement s'étant produit aux dépens des tubes glandulaires de l'organe.

Quoi qu'il en soit, les lésions macroscopiques, telles que nous les voyons sur la table d'autopsie ou sur le vivant au cours d'une cystomie, conservent une même apparence qui les a fait ranger dans différentes catégories.

Nous avons tout d'abord l'hypertrophie régulière, massive, portant indistinctement sur toute la glande, sur chacun des lobes sans prédominance de l'un d'eux. Dans ce cas, la prostate peut atteindre un volume énorme ; on en a vu pesant jusqu'à 85 et même 95 grammes ; mais

c'est là l'exception et, comme moyenne, d'après les statistiques de Thompson, la prostate hypertrophiée régulièrement atteint le volume d'une petite mandarine et pèse de 35 à 45 grammes.

Desnos donne un poids moyen de 46 grammes.

L'augmentation de volume peut être partielle et porter seulement sur les lobes latéraux ou sur le lobe moyen ; l'hypertrophie isolée des lobes latéraux est excessivement rare.

Prédal donne bien une proportion de 15 sur 64 cas ; mais dans toutes nos recherches faites dans les observations de Bonan, de Lagoutte, de M. Delore, et celles que nous publions à la fin de ce travail, nous n'avons pas relevé une seule fois l'hypertrophie des lobes latéraux.

Celle du lobe médian, sans être aussi rare, n'est pas très fréquente non plus. D'après Desnos, il y aurait une proportion de 22 sur 61 cas ; mais d'après nos recherches personnelles, la proportion est beaucoup moindre. Après avoir fait le relevé des observations de Lagoutte¹, de celles de M. Delore et des vingt-cinq nouvelles, publiées par M. le professeur Poncet et M. Delore, dans la *Cystostomie sus-pubienne* nous ne relevons qu'un seul exemple d'hypertrophie du lobe médian : c'est l'observation XXIX de la thèse de M. Delore, 1897.

Lagoutte en signale encore un dans travail paru en 1884¹.

Dans nos observations, nous en trouvons encore deux cas.

Signalons encore l'observation de M. Rollet, publiée par Levet². C'est un cas exceptionnel d'hypertrophie du

¹ Lagoutte, *Gazette hebdomadaire*, mars 1884.

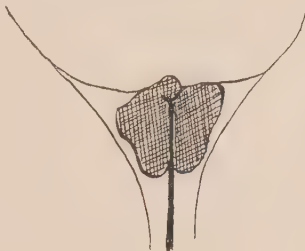
² Levet, *Lyon médical*, janvier 1899.

lobe médian, et la pièce anatomique, conservée, a été représentée dans la « cystostomie sus-pubienne » dont nous avons parlé plus haut.

Si nous consultons les recherches faites par Lagoutte sur le cadavre, et celles que nous avons faites nous-mêmes dans les mêmes conditions, nous découvrons trois nouveaux cas d'hypertrophie du lobe médian.



1. — Col en fente.



2. — Col en lnette.

En résumé, en réunissant toutes les observations que nous avons consultées, nous dépassons le chiffre de 200 : eh bien, sur ces 200 cas d'hypertrophie prostatique, nous ne trouvons que 8 fois le lobe médian de la prostate nette-



3. — Col utérin.



4. Col aplati.

ment pédiculé, ce qui fait une moyenne d'un peu plus de 4 pour 100, moyenne bien inférieure à celle de Desnos.

L'hypertrophie régulière de la prostate étant la plus fréquente, et le développement du lobe moyen très rare,

il nous faut examiner les déformations que ces altérations auront produites du côté du col vésical.

Lorsqu'on a affaire à un lobe moyen, les déformations du col vésical peuvent se ramener à trois types différents d'après Guyon.

On peut avoir d'abord un col en croupion de poulet, c'est-à-dire que le lobe médian, augmenté de volume surplombe l'orifice vésical de l'urètre à la manière d'un petit bouchon relié à la prostate par une mince pédicule.

Si le lobe n'a pas de pédicule, s'il est par conséquent sessile, on a la déformation en éventail.

Si ce lobe, enfin, s'hypertrophie en largeur, c'est une véritable barre, selon l'expression de Mercier et de Civiale, qui vient transformer le col vésical en une fente transversale presque linéaire.

Telles sont les déformations que peut donner au col vésical un développement excessif du lobe médian de la prostate, mais si la prostate s'hypertrophie régulièrement, comme c'est le cas le plus fréquent, la déformation revêt deux nouveaux types différents : on peut avoir la déformation en infundibulum lorsque la prostate ne fait aucune saillie dans la vessie, et la déformation en museau de tanche, en col utérin ; c'est du moins ce qui ressort de nos observations.

D'après les différentes statistiques faites jusqu'à ce jour, les résultats étaient tout autres. C'est ainsi que Desnos¹, sur un tableau portant sur 173 pièces, trouve 91 fois l'hypertrophie totale, 33 celle du lobe médian et 17 celle des lobes latéraux.

¹ Lagoutte, *Gazette hebdomadaire*, mars 1894.

Mais ces pièces de collection sont des formes exceptionnelles, et ne sauraient être l'expression anatomique des lésions prostatiques que nous observons journellement. Ainsi, pour l'hypertrophie du lobe médian, les statistiques des différents auteurs sont loin de concorder.

Dans Thompson, nous trouvons une moyenne de 15 pour 100.

Dans les pièces du musée Dupuytren 33 pour 100.

Dans celles du musée Civiale 20 pour 100.

Dans le relevé de Desnos 25 pour 100.

Dans celui de Belfied, plus de 50 pour 100.

Rien de plus contradictoire que ces résultats variés ; aussi devant la divergence de ces statistiques, nous avons voulu nous rendre compte par nous-même de la forme de l'hypertrophie prostatique et spécialement des altérations du col vésical. Pour cela, nous nous sommes adressé, à l'exemple de Lagoutte¹, « d'une part à des recherches d'amphithéâtre, d'autre part, aux données qui nous étaient fournies sur le vivant au cours des diverses cystostomies sus-pubiennes pratiquées dans le service de M. le professeur Poncet ».

Nous avons d'abord examiné les prostates de dix-huit vieillards que nous avons rencontrés, soit dans les salles de dissection, soit dans les salles d'autopsie, et dont le plus jeune avait soixante-trois ans. Les lésions prostatiques étant fréquentes à cet âge, nous pensions trouver de nombreuses formes de déformations du col vésical ; sommes-nous tombés sur une série malheureuse, ou bien, les phénomènes congestifs n'existant plus, les déformations avaient-elles

¹ Lagoutte, th. Lyon, 1894.

en partie disparu ? Toujours est-il que, dix fois la prostate était normale, peut-être un peu grosse et dure, comme nous avons pu nous en rendre compte par le toucher rectal et le toucher intra-vésical.

Sept fois, nous avons trouvé la déformation la plus fréquente du col vésical, en museau de tanche, en col utérin ; nous n'avons trouvé qu'une fois un lobe moyen isolément hypertrophié ; encore ne l'était-il pas nettement : c'était plutôt une légère saillie de ce lobe qui s'avancait à peine dans la dépression infundibuliforme du col vésical.

Nous avons vu précédemment, dans le relevé de Lagoutte, que sur 55 prostates examinées sur le vivant au cours des cystostomies pratiquées dans le service de M. le professeur Poncet, c'est à peine si l'on trouve signalée deux ou trois fois l'hypertrophie isolée du lobe médian. Nous-même, sur 5 malades que nous avons vus cystostomiser, nous n'avons pas vu une seule fois un lobe moyen.

Nous sommes loin de la proportion indiquée par Prédal, qui sur soixante et un cas découvre vingt-deux lobes médians hypertrophiés. C'est donc, le plus souvent, une hypertrophie régulière de la masse prostatique, et la rétention alors est due à l'oblitération du canal de l'urètre, non par un clapet, par un bouchon, comme dans le cas de lobe moyen, mais par élongation, aplatissement et coudures.

C'est ce qui ressort, du reste, des observations que nous publions plus loin. Sur vingt-neuf cas d'hypertrophie prostatique, nous trouvons quatorze fois la prostate régulièrement hypertrophiée, et treize fois sous forme de col

utérin ; nous ne voyons que deux fois le lobe moyen nettement isolé, et pas une seule fois l'hypertrophie des lobes latéraux, contrairement à ce qu'avance Prédal qui donne une proportion de quinze lobes latéraux, sur soixante-quatre observations.

Nous sommes donc persuadé que la déformation la plus fréquente du col vésical est en forme de col utérin, le lobe médian faisant exceptionnellement une saillie nette et isolée. Dans la grande majorité des cas, les accidents de rétention sont dus, par conséquent, non pas à une obstruction localisée du col et qui serait justiciable de la prostatectomie, mais à une obstruction générale de tout l'urètre prostatique, par élongation, aplatissement et coudures. Ces considérations auront une grande importance dans le chapitre du traitement que nous allons aborder.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Les altérations de l'appareil urinaire que nous venons d'étudier dans le chapitre précédent sont donc très nombreuses ; mais quelles sont les premières en date ? Est-ce l'obstacle prostatique qui provoque l'atonie du muscle vésical, ou bien cette atonie, cette paralysie est-elle primitive ? Cette question a préoccupé depuis longtemps les chirurgiens, et n'est pas encore résolue complètement aujourd'hui.

Au commencement de ce siècle, Civiale et son école soutenaient la paralysie primitive de la vessie ; pour eux, la sclérose vésicale était l'unique cause de la rétention, l'obstacle prostatique étant placé au rang de cause accessoire.

Mercier, au contraire, prétendait que l'obstacle prostatique était le premier en date ; la vessie ne perdait sa contractilité qu'en épuisant ses efforts contre la prostate hypertrophiée. Aussi s'efforçait-il d'aller au secours de la vessie en brisant ou en sectionnant par l'urètre les barres prostatiques qui s'opposaient au libre cours de l'urine.

Reprenant la théorie de Civiale, Guyon et ses élèves¹

¹ Launois, th. Paris, 1885.

font jouer le principal rôle au processus scléreux, et attribuent les accidents du prostatisme à la perte de contractilité du muscle vésical sclérosé. Hypertrophie prostatique et atonie vésicale sont deux altérations différentes, reconnaissant la même cause, la sclérose, et n'affectant d'autres rapports entre elles, que celui de la coexistence.

Signalons encore pour mémoire deux opinions différentes, celle de Motz qui attribue les accidents de rétention à des poussées congestives répétées, et celle d'Albarran pour qui le prostatisme est un effet de l'évolution normale de la glande chez les individus dont l'appareil génital possède encore toute sa vitalité.

Pour nous, et c'est l'opinion de M. le professeur Poncet, il nous semble que l'hypertrophie de la prostate est bien la cause de l'atonie vésicale et, par suite, des accidents de rétention urinaire : nous allons en expliquer rapidement le mécanisme.

L'hypertrophie prostatique peut amener la rétention suivant deux modes différents. Dans le premier cas les saillies prostatiques ferment l'entrée du canal de l'urètre : c'est ce que nous avons étudié en anatomie pathologique sous le nom de déformations du col vésical.

Dans le second cas, l'hypertrophie prostatique est généralisée à toute la glande dont le volume devient parfois énorme, comparable à une orange ; l'urètre alors s'allonge considérablement (obs. II) ; ses lèvres s'accollent et la lumière du canal s'oblitére ; ou bien encore il se forme des coudures brusques au niveau desquelles l'urine sera toujours arrêtée : devant ces obstacles on conçoit facilement la rétention. Le muscle vésical, déjà sclérosé lui

aussi, et par conséquent affaibli, n'arrive plus à chasser l'urine dans le canal de l'urètre ; l'obstacle est insurmontable. Ces efforts se répétant sans cesse, la vessie aura vite perdu sa contractilité, du moins en apparence comme le fait remarquer Prédal¹. Le muscle vésical des vieillards, en effet, quoique moins puissant que celui d'un homme jeune fonctionnerait encore très bien sans l'obstacle prostatique qu'il suffit de lever pour voir réapparaître la contractilité vésicale.

Dans les observations de Prédal, nous voyons en effet des malades qui avaient de la rétention complète due à l'hypertrophie du lobe médian de la prostate, et qui, une fois ce lobe excisé, ont recouvré leur fonction urinaire et une force d'expulsion de l'urine vraiment remarquable.

Nous-mêmes, nous avons vu chez les cystostomisés de M. le professeur Poncet, l'urine être projetée avec force au moment de l'incision de la vessie ; et cependant cette vessie, dont la muqueuse était malade, s'était laissé dilater et même forcer.

D'ailleurs nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les observations de M. Delore² pour nous en convaincre. Nous y voyons de nombreux cystostomisés dont l'urètre hypogastrique est continent et fonctionne comme un urètre normal ; les mictions sont volontaires : la contractilité est donc volontaire aussi et conservée.

Ces exemples nous montrent une fois de plus que l'hypertrophie prostatique est bien la cause de la rétention.

Mais de la rétention à l'infection il n'y a pas loin, soit

¹ Prédal, th. Paris, 1897.

² Delore, th. Lyon, 1897.

que l'infection succède au microbisme latent, soit qu'elle apparaisse après un cathétérisme mal conduit.

Ainsi nous sont expliqués les différents troubles que l'on rencontre chez les prostatiques ; mais il est encore un autre élément qui a, lui aussi, une grande valeur et que nous allons essayer de mettre en lumière : nous voulons parler de la congestion prostatique et vésicale.

En étudiant en anatomie pathologique les altérations des vaisseaux, nous avons vu que les artères athéromateuses tendaient à s'oblitérer alors que les veines prenaient un développement exagéré, formant un riche réseau largement anastomosé, des plexus nombreux et même de véritables sinus. La congestion sera facile dans de semblables organes ; la prostate une fois congestionnée opposera un obstacle au libre cours de l'urine à travers l'urètre, et la vessie déjà congestionnée elle aussi, et sclérosée, aura vite épuisé sa force de contractilité pour vaincre cette résistance.

Et cela est si vrai que les prostatiques souffrent beaucoup plus après certains actes qui peuvent amener la congestion de leurs voies urinaires, tels que les excès de table ou les abus vénériens.

D'ailleurs, pour nous en rendre encore mieux compte, nous n'avons qu'à comparer les différentes statistiques que nous avons étudiées en pathologie. Sur le vivant, en effet, nous voyons presque toujours des déformations de la prostate, tandis que sur le cadavre, alors que toute cause de congestion a disparu, ces déformations sont beaucoup moins fréquentes. Il serait intéressant, à ce sujet, de pouvoir faire l'autopsie du malade signalé dans l'observation IV et qui présente cette tumeur érectile, située en avant et à gauche

du col vésical ; il est probable que, les vaisseaux une fois vidés du sang dont ils sont gorgés, cette tumeur disparaîtrait, ou tout au moins diminuerait considérablement de volume.

La congestion vésico-prostatique a donc réellement un rôle important dans le phénomène de la rétention urinaire ; les urétrites blennoragiques sont parfois aussi en cause, comme l'enseignaient les chirurgiens Desault et Velpeau : d'ailleurs nous en avons un exemple frappant dans l'observation VIII due à l'obligeance de M. Sargnon.

Mercier et Civiale ont voulu incriminer les calculs vésicaux : cette opinion serait discutable si l'on ne se trouvait pas si souvent en présence de rétention urinaire avec absence complète de calculs.

En somme, il semble résulter de cette étude que les déformations du col vésical et l'atonie de la vessie sont sous la dépendance unique de la sclérose. La prostate met obstacle au cours de l'urine et c'est secondairement que la vessie perd sa contractilité.

Ces altérations sont avant tout des altérations de la vieillesse et, d'après les statistiques de Thompson, il y aurait une moyenne de 34 pour 100 des vieillards qui seraient atteints de rétention urinaire. Les deux grands facteurs des accidents du prostatisme sont donc l'âge et la sclérose.

Nous allons étudier à présent brièvement les interventions que réclament les malades qui présentent, au cours de leur hypertrophie prostatiques, des déformations du col vésical.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Avant de porter un jugement quelconque sur les diverses méthodes opératoires qui se proposent de remédier aux accidents causés par les déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique, il nous semble utile d'indiquer brièvement le but que l'on doit se proposer d'atteindre et les conditions que doivent remplir les différentes interventions.

Il faut d'abord remédier aux accidents immédiats, c'est-à-dire combattre la rétention et la cystite en donnant issue à l'urine ; les malades présentant presque tous les phénomènes d'infection générale et, par conséquent, un état grave, c'est en agissant rapidement et sans un grand traumatisme qu'on arrivera à sauvegarder leur existence.

En second lieu, on doit prévenir le retour de semblables accidents et, pour cela, créer à l'urine une voie par où elle puisse s'écouler librement et facilement.

Par ce moyen, on évitera une nouvelle rétention, et par la voie urinaire qu'on aura créée, il sera facile d'assurer l'asepsie de la vessie.

Il faudra, enfin, s'efforcer dans la mesure du possible, de rétablir la miction volontaire par les voies naturelles

et, si l'incontinence existe, de la rendre supportable et sans trop d'incommodités.

Le but à atteindre est donc bien net; mais il est aussi certaines conditions, dont il faut tenir compte et qui relèvent d'une part de l'état général du malade, d'autre part de l'état local des voies urinaires.

Comme nous l'avons vu, en effet, dans la symptomatologie, la plupart des prostatiques qui réclament les secours du chirurgien, sont déjà infectés par les divers mécanismes que nous avons indiqués; ils ont de la cystite, de la fièvre, des troubles digestifs, des phénomènes généraux : avant tout, chez ces malades, il faudra ouvrir une large voie à l'urine septique et, en même temps, faire l'asepsie très soignée des voies urinaires, et tout cela, en évitant une opération longue, difficile, qui serait un véritable danger.

Pour ceux qui ne sont pas infectés, et c'est le petit nombre, les conditions sont différentes. On peut rationnellement essayer de supprimer l'obstacle et de rétablir les fonctions naturelles par une opération radicale, mais cette opération radicale, pour être vraiment utile, doit s'adresser à la véritable cause de la rétention. Or, nous avons vu en étudiant la marche de l'hypertrophie prostatique, le rôle qu'il faut faire jouer à la sclérose de cet organe. On pourra bien exciser une partie de la prostate, mais on ne supprimera pas le processus scléreux, vraie cause de la rétention et l'obstacle pourra toujours réapparaître, ramenant à sa suite les mêmes accidents.

D'ailleurs, les considérations tirées de l'état local des voies urinaires nous conduisent aux mêmes conclusions.

Les déformations du col vésical, comme nous l'avons

vu en anatomie pathologique, sont presque toujours en col utérin, onze fois sur trente et un cas; l'excision de toute la portion prostatique hypertrophiée aurait alors trop d'inconvénients, vu l'état général des malades porteurs de ces lésions. C'est dans le cas seul, et très rare (deux fois sur trente et une observations) de l'hypertrophie localisée au lobe médian, qu'on serait autorisé à en pratiquer l'excision; mais c'est toujours un traumatisme sérieux qu'on doit éviter au malade dans la mesure du possible.

Toutes ces considérations nous permettent déjà d'exclure du domaine de la chirurgie, plusieurs opérations, telle que la prostatotomie urétrale de Mercier et la prostatotomie périnéale de Billroth et Harrisson : un malade âgé et déjà infecté ne résisterait pas à un semblable traumatisme. Signalons encore la résection des canaux déferents qui a été tentée par plusieurs chirurgiens; les quatre observations publiées par M. Rafin, dans le *Lyon médical* (janvier 1899) condamnent l'opération.

La prostatectomie sus-pubienne préconisée par Desnos, présente plus d'avantages : elle s'adresse d'abord directement à l'obstacle prostatique, et n'agit pas à l'aveugle comme la prostatotomie; aussi, compte-t-elle des succès dans les cas susceptibles d'en donner, c'est-à-dire dans les cas où le malade avait un bon état général, et où le lobe médian, nettement pédiculé, pouvait facilement être enlevé.

Mais ces cas sont précisément très rares; d'ailleurs, comment arriver à les diagnostiquer avant l'ouverture de la vessie, qui permet de faire le toucher intra-vésical?

Par le toucher rectal? Nous avons vu que cette manœuvre ne donnait pas de renseignements nets; on peut

savoir si la prostate est grosse, dure ou molle, mais on ne peut pas sentir la forme de la lésion qui siège au col vésical.

Par le cathétérisme, comme l'enseignait Mercier ? Mais les nombreuses prostatectomies urétrales pratiquées presque toujours sans résultat par ce chirurgien, sont la meilleure preuve de l'impossibilité d'un pareil diagnostic.

L'appareil de Mansell Moullin est sujet aux mêmes reproches, et ne donne pas de meilleurs renseignements que le simple cathétérisme.

La prostatectomie ne saurait donc être une opération exécutée de parti pris dans le but de faire cesser les accidents et, des observations publiées dans la thèse de Prédal, il semble se dégager que la plupart des prostatectomies ont donné des succès précisément parce qu'elles ont été précédées et suivies surtout de l'ouverture de la vessie.

La cystostomie sus-pubienne, en effet, est l'opération qui réunit le plus d'avantages ; elle atteint le but que l'on cherche et remplit les conditions que réclame l'état des malades.

Elle supprime les accidents immédiats de la rétention, la douleur, la cystite et le mauvais état général ; tous les opérés bénéficient d'une amélioration rapide.

En donnant libre cours à l'urine et en permettant l'asepsie complète de la vessie, elle prévient le retour de pareils accidents, et très souvent elle rétablit normalement les fonctions urinaires. Très souvent, en effet, la prostate étant décongestionnée par le fait de la cystostomie sus-pubienne, l'urine s'écoule librement par l'urètre, alors que, pendant la période de congestion il existait un véritable obstacle prostatique.

MM. Delore et Molin ont même publié une observation assez curieuse : il s'agit d'un homme qui eut à la naissance une fistule ouracale oblitérée au bout de trois mois. A l'âge de soixante-quatre ans, à l'occasion d'une hypertrophie prostatique, provoquant de la rétention, cette fistule se rouvrit comme une soupape de sûreté.

L'ouverture vésicale a donc une action bien réelle, en décongestionnant la prostate ; mais ses avantages sont encore bien plus importants, si nous tenons compte de l'état général des malades.

Comme nous l'avons vu, en effet, les prostatiques sont presque tous infectés.

L'opération qui leur convient doit, avant tout, être simple, rapide, et ne pas créer un nouveau foyer d'infection urineuse : la cystostomie réunissant toutes ces conditions est donc bien l'opération de choix.

Il va sans dire que si, dans le cours d'une cystostomie, on découvre un lobe prostatique pédiculé et facilement énucléable, on pourra combiner la prostatectomie à l'opération de M. le professeur Poncet, dont nous allons à présent indiquer brièvement le manuel opératoire décrit avec tous ses détails par M. Delore dans la *Cystostomie sus-pubienne*, 1899.

I^{er} Temps : Incision de la peau. — Cette incision médiane et verticale commencera au niveau du pubis pour remonter entre les muscles grands droits sur une longueur de 6 à 8 centimètres.

II^e Temps : Incision de la ligne blanche, en suivant la première incision dans toute sa longueur.

III. Recherche de la vessie. — C'est un des temps les plus délicats de l'opération. Elle se fait avec la sonde

cannelée ou les doigts qui déchirent le tissu cellulaire.

IV. Incision de la paroi antérieure de la vessie. —

Dans les cas où l'on peut fixer la paroi vésicale à la paroi abdominale par des fils passés dans l'épaisseur du muscle vésical, on peut le faire avant l'incision. Cette incision devra être faite aussi bien que possible pour donner une bonne inclinaison au futur méat hypogastrique.

V. Suture des bords de l'ouverture vésicale avec les bords de la paroi abdominale. Cette suture sera faite après une toilette soignée de tout le champ opératoire.

Une simple couche de gaze préservera la plaie et l'urine pourra s'écouler librement au dehors, jusqu'à ce que le malade soit capable de porter l'appareil de Souel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

*Cystostomie sus-pubienne dans un cas d'hypertrophie
prostatique.*

Ce malade, âgé de soixante-dix ans, présentait depuis déjà une quinzaine d'années des phénomènes d'hypertrophie prostatique avec mictions fréquentes et impérieuses, surtout la nuit. Ce malade ne s'était jamais sondé et, n'ayant qu'une rétention d'urine incomplète, on essaya le traitement par les cathétérismes.

Au bout d'une huitaine de jours environ, phénomènes généraux, frissons, température de 40°5, qui cèdent cinq jours après pour faire place à une uréthro-cystite violente.

De nouveau, sans manœuvres préalables, la température remonte, l'état général devient mauvais, la douleur s'aggrave et les mictions deviennent si impérieuses que le malade urine toutes les cinq minutes et avec d'atroces souffrances.

29 novembre 1899. — Cystostomie sus-pubienne, par M. le professeur Poncet. La température, la veille, avait atteint 39 degrés; la douleur était intolérable et l'état général assez gravement atteint.

Le toucher digital intra-vésical montre une vessie spacieuse à colonnes, avec un bas-fond assez prononcé en arrière du bourrelet interurétrique. Le col vésical ne fait aucune saillie à l'inté-

rieur de la vessie; au toucher bidigital, rectal et intra-vésical, on sent une prostate très hypertrophiée.

1^{er} décembre 1899. — Tout est rentré dans l'ordre, la température a tombé, les phénomènes généraux ont disparu ainsi que les douleurs; le malade va bien.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. Delore.)

Cystostomie sus-pubienne chez un prostatique. Extraction de quarante-cinq calculs vésicaux.

M. B..., de Valence, présentait depuis une quinzaine d'années des phénomènes d'hypertrophie prostatique. Depuis six à huit ans environ, le malade accuse des douleurs plus aiguës pendant et après la miction.

Ce malade, de soixante-douze ans, est obligé depuis quatre ans de se cathétériser régulièrement et, actuellement, il en est réduit à se servir d'une sonde de 50 centimètres de longueur. Du reste, les douleurs sont excessivement violentes et intolérables depuis une dizaine de mois et les cathétérismes doivent être répétés de vingt à vingt-cinq fois par jour au moins.

Le malade, à différentes reprises, a eu des hématuries influencées surtout par la marche et l'usage de la voiture.

27 novembre 1899. — Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet. Les souffrances sont telles que l'on se décide immédiatement à une intervention.

Du reste, le cathétérisme est difficile, douloureux, mal supporté, accompagné parfois de fausses routes, et, d'autre part, le malade présente un teint cachectique et des signes non douteux d'infection ascendante et de sclérose rénale.

Cystostomie sus-pubienne faite par M. Delore qui enlève quarante-cinq calculs phosphatiques: le plus gros mesurait 3 centimètres de diamètre, une vingtaine variaient entre 1 cm. 50 et 1/2 centimètre, les autres étaient assez petits.

La muqueuse vésicale, comme dans ces sortes d'affections, est rouge, congestionnée, saignante, fongueuse, mais l'hémorragie cède facilement au lavage.

Par le toucher intra-vésical, on sent la prostate très hypertrophiée, à gros col utérin; les calculs étaient situés en arrière, dans le bas-fond vésical qui avait acquis un assez fort développement.

1^{er} décembre 1893. — Malgré une amélioration sensible dans les douleurs, la pyélonéphrite a continué son évolution et le malade est mort ce matin.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. Delore.)

Cystostomie sus-pubienne pour rétention urinaire avec fausses routes.

Le malade est âgé de soixante-dix-huit ans; il a présenté depuis trois ans des symptômes d'hypertrophie prostatique; depuis deux mois, la rétention d'urine s'accroît de plus en plus. Le malade est obligé de se sonder régulièrement, mais les cathétérismes sont difficiles, douloureux, et s'accompagnent presque toujours d'urétrorragie.

Le malade entre, le 7 novembre 1899, dans le service de M. le professeur Poncet; il n'a pas été sondé et n'a pas uriné depuis quarante-huit heures, et l'on constate que la vessie atteint l'ombilic. La température est normale et l'on ne trouve pas de signes d'infection. On essaye le cathétérisme qui est douloureux, difficile et s'accompagne d'une urétrorragie légère et qui cède facilement au lavage vésical.

8 novembre. — On constate le même état et les mêmes symptômes; la vessie atteint toujours l'ombilic; on pratique trois cathétérismes successifs dans les vingt-quatre heures. On constate que

la prostate est énorme et que les urines sont claires. La température monte légèrement et atteint 38°2.

9 novembre. — Même état vésical ; il y a en plus quelques troubles digestifs ; la langue est légèrement sèche et la température atteint 38 degrés.

Le malade conservant un mauvais état général malgré le traitement, on se décide à intervenir et M. Delore pratique la cystostomie.

A l'ouverture de la vessie, on voit des urines sanguinolentes ; la prostate est très grosse au toucher intra-vésical et, en raison de son volume, on peut croire facilement à une dégénérescence néoplasique de cet organe.

Le col vésical est peu saillant ; il forme un léger bourrelet circulaire, et nous ne saurions mieux le comparer qu'à un petit col utérin.

27 novembre. — Le malade quitte le service, avec un appareil de Sorrel, il est très soulagé, se considère comme guéri ; d'ailleurs, depuis la cystostomie, il n'a jamais présenté de complications, et la température est toujours restée au-dessous de 37,5.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. Delore.)

Récystostomie pour hypertrophie prostatique avec rétention.

La première observation a été publiée par M. Piollet dans le *Lyon médical* (juillet 1899).

M. X..., de Mornant, âgé de soixante-quinze ans, revient dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 novembre 1899. A ce moment-là, il présente de la rétention complète. Le cathétérisme urétral est possible mais doit être fréquemment renouvelé, car la vessie devient intolérable pour 100 grammes d'urine.

Le méat hypogastrique de la première cystostomie est filiforme ; il n'admet qu'une sonde n° 4 et se dirige en haut et en arrière, le

développement exagéré de la prostate ayant repoussé en haut le bas-fond vésical.

Après anesthésie, M. Delore pratique une nouvelle cystostomie des plus simples. On ne trouve pas de calculs vésicaux, mais le col vésical présente une disposition très curieuse. Avec le doigt introduit dans la vessie, on sent une grosse tumeur pyramidale de 12 à 14 centimètres de hauteur au moins, et dont le diamètre à la base atteint de 6 à 7 centimètres. Le sommet fait saillie dans la cavité vésicale; quant à la base, elle est implantée en avant et à droite du col, dont l'orifice intra-vésical est refoulé à gauche et en arrière, ainsi que le démontre le cathétérisme; en introduisant, en effet, une sonde dans l'urètre, on la sent passer en arrière et à gauche de la saillie dont nous venons de parler.

Cette saillie est recouverte par une muqueuse normale qui ne présente pas d'ulcérations. A la pression, cette sorte de tumeur paraît turgescente et ressemble parfaitement à un pénis en érection. Très probablement, sur la table d'autopsie, cette disposition disparaîtrait rapidement par la décongestion vasculaire.

2 décembre. — Deux jours après la nouvelle cystostomie, le malade est atteint d'un phlegmon de la bourse droite, dû à une épидидymite d'origine cathétérielle. Ce phlegmon est à peu près guéri après une incision hâtive. Le malade que nous avons vu le jour même va bien; il urine par son méat hypogastrique; la température est normale.

OBSERVATION V

Rétention datant de trente-six heures. Cathétérisme impossible amenant des hémorragies. Vessie infectée, dilatée. Cystostomie d'urgence. Guérison.

M. C., cultivateur, soixante-six ans, pas d'antécédents héréditaires. Il a présenté des signes de méningisme à l'âge de dix ans et a eu, dit-il, la fièvre cérébrale. Pas d'alcoolisme, pas d'impa-

ludisme, ni de maladies vénériennes. A vingt-sept ans, il tomba du haut d'un arbre sur l'abdomen, et depuis a toujours souffert plus ou moins de l'estomac. Depuis l'âge de trente ans, il souffre de douleurs rhumatismales.

Le début de son affection prostatique remonte à quatre ans; à cette époque, gêne dans la miction et douleur surtout au début; le malade urine souvent la nuit, surtout dans la deuxième partie; il est parfois même obligé de se lever toutes les demi-heures. Il émet peu d'urine à chaque miction. Peu de temps après le début de ces troubles, le malade est déjà obligé de se sonder de temps en temps, tous les quinze jours environ; la sonde de Nélaton passe facilement. Les urines sont le plus souvent claires, parfois un peu troubles et à odeur ammoniacale. Le malade prend quelques précautions pour aseptiser sa sonde, il la trempe dans l'eau très chaude et l'enduit de vaseline boriquée.

4 décembre 1897. — Depuis un mois le malade ne s'était pas sondé, quand, brusquement, sans cause aucune, sans excès de boisson, ni de travail, il ne peut uriner. Le lendemain matin, il essaye vainement de passer la sonde de Nélaton, prend un bain sans succès. Un médecin, appelé dans la soirée, essaye vainement de passer des sondes Nélaton et des sondes métalliques et, pour la première fois, ces tentatives s'accompagnent d'hématuries légères.

Le lendemain matin, il entre dans le service, il est abattu, le teint jaune, terreux, la langue sèche, il existe de la dysphagie buccale. Les douleurs sont très vives dans la région vésicale. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. La rétention existe depuis trente-six heures. Le malade a vomi deux fois la veille et le matin même des aliments et puis de la bile. Nous essayons de passer d'abord une sonde molle, puis des sondes à bécilles de calibre varié et, enfin, de fins conducteurs de Maisonneuve. Chaque tentative échoue et s'accompagne d'hémorragie. M. le professeur Poncet décide une intervention immédiate et pratique la cystostomie sans difficultés opératoires.

A l'ouverture de la vessie, il s'écoule une urine louche, à forte odeur ammoniacale. Au palper extra-vésical, on constate une vessie très distendue à bas-fond très accentué; la prostate, très

volumineuse, de consistance dure, entoure l'orifice urétral à la façon d'un col utérin. Lavages boriqués abondants. Pansement constitué par de la gaze iodoformée et un bloc de coton. Le toucher rectal, pratiqué après l'opération, montre une prostate très volumineuse, très dure, uniformément hypertrophiée. Les suites opératoires sont assez simples. On enlève les fils au bout de six jours, les bords de la plaie sont un peu décollés par le pus mais, chose curieuse, la plaie présente une coloration noire due probablement à une réaction chimique provenant de la décomposition par les urines, de la poudre d'oxyde de zinc et de bismuth que l'on mettait autour de la plaie. Il existe également un peu de sphacèle du tissu cellulo-graisseux. La teinte noirâtre persiste pendant trois semaines, le malade va bien, les décollements guérissent vite et la température s'est peu élevée. Les trois premiers jours, elle varie entre 37° 8 et 38° 3 puis remonte et oscille pendant les trois jours suivants entre 37° 9 et 39° 1. Elle redescend après et devient normale.

19 janvier 1898. — Le malade va bien. L'orifice urétral commence à s'oblitérer et, pour combattre cet accident, nous le dilatons avec des bougies d'Hégar pendant trois séances. Le malade porte l'urinal Sorrel bien décrit dans la thèse de M. Delore, mais il ne retient pas complètement les urines la nuit. Les lavages qui, jusque-là, avaient été pratiqués deux fois par jour sont interrompus.

23 janvier. — Il quitte le service avec son appareil, mais, malgré nos recommandations, il n'est pas revenu nous voir.

OBSERVATION VI

Rétention datant de quarante-huit heures. Infection vésicale grave. Cathétérisme impossible. Cystostomie d'urgence. Guérison.

C..., cultivateur, cinquante-neuf ans, ne présente rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

A l'âge de vingt ans, blennorrhagie non soignée, ayant duré trois ans avec des poussées subaiguës.

A la suite le jet d'urine est resté plus petit et irrégulier. A trente-cinq ans, en travaillant dans sa vigne, il tombe brusquement et reste évanoui pendant une demi-heure. On l'emporte chez lui, mais un médecin est obligé de le sonder. Le lendemain il se sonde lui-même et, depuis lors, il est fréquemment obligé de se cathétériser. Il urine fréquemment et se lève souvent deux à trois fois par nuit. Plus tard, il fit une chute semblable sans préludes épileptiques et fut également obligé de se sonder. Ni syphilis, ni impaludisme, mais un peu d'alcoolisme. Il y a quinze jours, incontinence d'urine ou plus vraisemblablement miction par engorgement. Deux jours avant l'entrée à l'hôpital, rétention ; le cathétérisme, pratiqué par un médecin, est impossible ; on fait une ponction hypogastrique qui permet de retirer 2 litres d'urine.

13 janvier 1898. — Le malade entre dans le service de M. le professeur Poncet. La vessie, distendue, remonte jusqu'à l'ombilic.

Le cathétérisme est impossible même avec le conducteur Maisonneuve. D'ailleurs, le malade déclare qu'il s'est toujours cathétérisé avec une très petite sonde du volume d'une allumette. Au toucher rectal on constate une hypertrophie prostatique volumineuse, surtout du lobe médian.

Le malade présente un peu de bronchite.

M. Bérard, chef de clinique, pratique la cystostomie d'urgence qui s'effectue suivant les règles habituelles. A l'ouverture de la vessie il s'échappe un flot d'urine trouble à odeur très ammoniacale ; à l'exploration intra-vésicale on constate une vessie à colonnes.

Lavages intra-vésicaux abondants. Pansement habituel avec de la gaze iodoformée et un bloc de coton. Le soir, la température atteint 39°7.

Elle se maintient les trois jours suivants entre 38°8 et 39 degrés. Le malade est lavé deux fois par jour. La plaie présente un peu de sphacèle.

Nous enlevons les fils au bout de quatre jours et constatons, à droite, un petit décollement sous-cutané par infiltration purulente.

17 janvier. — La température commence à baisser.

Le matin, elle atteint 38°2 ; le soir, 38°7.

Le lendemain, elle se maintient entre 37°8 et 37°9. Depuis lors, le malade n'a plus de fièvre.

19 janvier. — Le malade se plaint de douleurs prévésicales et, à l'exploration, nous constatons que l'espace prévésical est globuleux, induré, simulant un abcès en voie de formation.

23 janvier. — La tuméfaction prévésicale diminue tout en restant manifeste. Les douleurs persistent ; pas de collection purulente. Il s'agit là de phénomènes inflammatoires subaigus, comme on en constate assez souvent au cours des infections vésicales graves. Les parties sphacélées de la plaie s'éliminent. On continue les lavages deux fois par jour au permanganate faible.

Depuis lors, le malade va de mieux en mieux.

7 février. — Il quitte le service et porte l'urinal Souel qui, chez lui, empêche tout suintement d'urine, même dans la position couchée. La plaie est complètement cicatrisée. Le nouvel urètre hypogastrique incontinent tend à s'oblitérer. On le dilate plusieurs fois avec des bougies d'Hégar, on passe même les plus gros numéros. Chaque dilatation est suivie d'un lavage soigneux.

Le malade n'a pas encore uriné par la verge.

Jusqu'au 22 février il revient tous les huit jours environ pour se faire dilater. Depuis deux jours il urine quelquefois par la verge.

Dès ce moment on supprime toute dilatation et, depuis, nous n'avons pas revu le malade.

OBSERVATION VII

Rétention d'origine prostatique. — Hémorragie vésicale grave.

— Sonde à demeure. — Oblitération par les caillots. —

Distension vésicale grave. — Hématurie persistante. —

Cystostomie d'urgence. — Cessation de l'hématurie. —

Erysipèle grave intercurrent. — Guérison.

L. Q.... épicier, cinquante-huit ans. Père mort d'hypertrophie

prostatique. Lui-même a eu un fils mort poitrinaire à vingt-huit ans. Un peu d'alcoolisme. Pas d'impaludisme, pas de maladie vénérienne. Il y a cinq ans influenza. Un an auparavant, le malade avait constaté des douleurs sourdes dans la région vésicale, mais pas de douleur dans les mictions, qui s'effectuent normalement.

Depuis deux ans, il présente par intermittence des difficultés de mictions, il urine souvent, huit à dix fois le jour, quatre à cinq fois la nuit, surtout dans la deuxième moitié. La quantité d'urine est peu considérable mais, pour l'expulser le malade est obligé de forcer, sans souffrir cependant.

Il y a quinze jours survient une rétention brusque sans cause. M. le professeur agrégé Chandelux, appelé en consultation, sonde le malade ; il sort du sang mêlé à l'urine. Le lendemain la rétention persiste, M. Chandelux met une sonde de Nélaton à demeure, l'hémorragie recommence. Le malade garde sa sonde à demeure huit jours, les mictions sont toujours hématuriques. On enlève la sonde et on cathétérise le malade régulièrement deux à trois fois par jour avec une sonde Nélaton ; toujours des hématuries, légères, il est vrai.

3 novembre 1897. — Le médecin habituel ne peut le sonder. M. Chandelux réussit à passer avec une sonde molle. Le sang vient en abondance, la sonde est bouchée par moments par des caillots. On fait des lavages vésicaux.

4 novembre. — La nuit dernière, le malade a beaucoup souffert malgré le port d'une sonde à demeure. Il vient se faire examiner dans le service de M. le professeur Poncet. Nous constatons, en débouchant la sonde, qu'il sort du sang presque pur avec interruptions fréquentes du jet à cause des caillots. Nous pratiquons des lavages boriqués chauds avec très peu de liquide pour éviter la distension et par conséquent, ne pas augmenter l'hémorragie.

Le lendemain matin il rentre d'urgence dans le service, car l'hémorragie continue toujours.

La vessie distendue, remonte jusqu'à l'ombilic, et la sonde mise en place, donne issue à très peu de liquide hématurique. Elle est continuellement oblitérée par des caillots. Au toucher rectal nous

constatons une prostate volumineuse et assez dure. M. Bérard, chef de clinique, pratique d'urgence la cystostomie sus-pubienne qui se fait très facilement à cause de la distension vésicale. L'incision vésicale laisse couler du sang pur mêlé de caillots noirs abondants.

A l'exploration intra-vésicale, on constate dans la vessie la présence de caillots volumineux, gros comme le poing, que l'on expulse avec le doigt. La prostate volumineuse proémine fortement dans la vessie. Lavages boriqués chauds abondants. Le soir, le malade souffre un peu du ventre et ne présente pas de fièvre. T. = 37°8. On administre 50 centigrammes de quinine et on relève l'état général avec du champagne. On fait des lavages que l'on continue depuis lors deux fois par jour. Pour ne pas transporter le malade, les lavages sont faits dans le lit avec la cuvette pelvi-support.

L'hémorragie a complètement cessé. On retire seulement quelques caillots.

6 novembre. — L'hémorragie a cessé. Le matin la température est normale (37°6); le soir elle monte à 38°9.

7 novembre. — Le soir, la température descend à 38°2.

8 novembre. — La température est normale pour remonter ensuite et osciller entre 38 degrés et 38°5.

11 novembre. — Comme la langue est très saburrale, on purge le malade.

13 novembre. — Nous enlevons les fils, la température monte le soir à 39°2 pour redescendre graduellement les jours suivants.

16 novembre. — Nous drainons une fusée purulente du côté droit. La température baisse et ne présente que 38°2 le soir. Les jours suivants elle remonte et oscille entre 37°9 et 39°4.

20 novembre. — Nous enlevons le drain, le décollement ne suppure plus. Il existe toujours un peu de température.

23 novembre. — La température remonte à 39°5, le malade souffre au niveau de la fesse droite; nous l'examinons et constatons deux petites escarres sacrées qui sont le point de départ de larges plaques érysipélateuses au niveau de la fesse droite. On administre de la quinine et du champagne; la température présente

dans la suite de grandes oscillations. Le matin, elle varie entre 38°1 et 38°5 et le soir entre 39°9 et 40°4.

25 novembre. — Les plaques érysipélateuses envahissent la fesse gauche malgré une asepsie soigneuse de ces escarres. Les jours suivants, les plaques érysipélateuses s'étendent à tout le dos et à la partie postérieure des cuisses. L'éruption a son maximum d'intensité vers le 30 novembre et les deux jours suivants. La température présente les mêmes caractères de grandes oscillations.

3 décembre. — La température commence à baisser, elle ne dépasse guère 39 degrés le soir et se maintient entre 38 degrés et 39 degrés pendant vingt jours.

14 décembre. — Nous constatons la disparition complète des plaques érysipélateuses. L'état général s'est remonté mais le malade présente toujours le teint pâle, cachectique des grands infectés.

12 janvier 1898. — Le nouvel urètre hypogastrique a des tendances à s'oblitérer. Nous le dilatons avec des bougies d'Hégar.

15 janvier. — Le malade quitte le service. Il va relativement bien. Son nouvel urètre est incontinent et ses urines retenues par un urinal Souel qui fonctionne bien, le malade étant debout, mais laisse suinter un peu quand le malade est couché. Il présente de l'œdème des pieds et pensant à des complications de pyélonéphrite ascendante, nous lui conseillons le régime lacté presque absolu.

25 janvier. — Le malade revient nous voir; son urètre hypogastrique s'est oblitéré spontanément. Le malade urine par la verge, mais hier il a été obligé de se sonder, par trois fois il a essayé sans succès. Chaque tentative s'est accompagnée d'hémorragie. Nous examinons la cicatrice sus-pubienne et constatons que le nouvel orifice ne laisse plus suinter d'urine. Il persiste deux petites fistules, l'inférieure conduit dans un cul-de-sac, l'autre, explorée au stylet, nous mène dans la vessie. Nous dilatons l'urètre hypogastrique avec des bougies d'Hégar et passons progressivement les plus gros numéros.

28 janvier. — Nous faisons une nouvelle séance de dilatation, car l'urètre hypogastrique a toujours de la tendance à s'oblitérer. Le malade n'a pas uriné par la verge.

5 février. — Nouvelle séance de dilatation que nous faisons suivre d'un lavage soigné car les urines sont purulentes.

10 février. — Dilatation de l'urètre hypogastrique. Le malade présente toujours de l'œdème des pieds et des urines très purulentes.

20 février. — Le malade revient nous voir. Il n'a pas uriné par la verge; son urètre hypogastrique est toujours incontinent et comme il n'y a pas de tendance à se fermer, nous ne pratiquons pas de dilatation.

23 février. — Depuis quelques jours le malade se lave régulièrement la vessie tous les jours avec la sonde de Souel à double courant fabriquée spécialement pour les cystostomies sus-pubiennes et bien décrites dans la thèse de M. Delore. Les urines sont toujours purulentes. Le malade a parfois envie d'uriner par la verge mais rien ne passe.

L'appareil Souel retient bien les urines, le malade étant debout, mais laisse suinter un peu dans la position couchée. Nous pratiquons le toucher rectal et constatons une diminution assez notable du volume de la prostate.

OBSERVATION VIII

Rétention d'origine prostatique. Distension et infection vésicales. Cathétérisme impossible. Mictions par regorgement. Cystostomie d'urgence. Guérison.

Antoine B..., soixante-quatre ans, maréchal-ferrant, alcoolique; père mort à cinquante-trois ans d'alcoolisme, un frère mort d'affection pulmonaire aiguë; lui-même a perdu un de ses enfants à l'âge de sept ans de tuberculose péritonéale. Comme antécédents personnels à l'âge de vingt ans, chancres mous avec bubons à l'aîne

gauche, blennorrhagie à dix-huit ans, une autre à dix-neuf ans, sans passage à la chronicité. Il y a sept ans le malade souffrit de maux de reins pendant un mois, sans troubles urinaires. Des applications de sangsues amenèrent la guérison. Depuis ses blennoragies le malade a toujours eu de la peine à uriner, au point d'être obligé parfois de forcer. Depuis dix ans il se lève deux à trois fois par nuit pour uriner, surtout après des libations copieuses. Jamais il n'a eu d'hématuries ni de rétention complète. Depuis deux mois ses urines sentent mauvais, sont épaisses et purulentes. Comme depuis quelque temps il souffre, il urine toutes les deux heures et a parfois de l'incontinence ou plutôt de la miction par regorgement; le 8 janvier 1898 il va consulter un médecin qui essaye de le sonder; les sondes de Nélaton et à béquilles ne peuvent passer. Les cathéters de Maisonneuve ne sont pas essayés.

15 janvier 1898. — Le malade rentre dans le service et nous constatons une vessie distendue remontant jusqu'à l'ombilic, la palpation et la percussion la délimitent très facilement.

Latéralement elle s'étend du côté de la fosse iliaque et présente donc un développement transversal considérable. Nous essayons le cathétérisme successivement avec des sondes de Nélaton, des sondes en gomme à béquilles, des sondes bi-coudées de calibres variés, les cathéters de Maisonneuve employés soit isolément, soit simultanément; rien ne passe, même après une injection d'huile iodoformée, et le malade saigne. Après une heure de tentatives prudentes, nous échouons complètement. L'obstacle siège au niveau de la prostate, mais vers la portion membraneuse il existe un rétrécissement peu serré, de là la difficulté très ancienne des mictions. Au toucher rectal nous constatons une prostate volumineuse et surtout de consistance très dure. Il s'agit d'une hypertrophie prostatique fibreuse.

La langue n'est pas saburrale, il n'existe pas de troubles digestifs. M. Bérard, chef de clinique, décide une intervention d'urgence et pratique la cystostomie. Il fait une petite incision cutanée, tombe très rapidement sur la vessie distendue dont les veines sont très gonflées. Il s'écoule beaucoup d'urine épaisse à très forte odeur ammoniacale, pas d'hémorragie. Au toucher intra-vésical on con-

state une vessie distendue, à colonnes avec de vastes cellules développées latéralement.

La prostate est peu hypertrophiée du côté vésical. Lavages abondants. Pansement habituel avec de la gaze iodoformée et un bloc de coton. Le soir, la température monte à 38°8. Lavage. Depuis lors, lavages deux fois par jour.

16 janvier. — Température, le matin 38°3; le soir 38°6, le malade va bien.

16 janvier. — Température, le matin 38°1; le soir 37°8.

Depuis lors la température est à peu près normale, parfois le malade a 38 degrés mais, en somme, l'état général est bon. On fait des lavages deux fois par jour avec des solutions faibles de permanganate de potasse et on enlève les fils cinq jours après l'opération.

24 janvier. — On ne fait plus qu'un seul lavage par jour, mais six jours après les urines redevenant purulentes, avec forte odeur ammoniacale, nous recommençons les lavages au permanganate deux fois par jour. La plaie tend à s'oblitérer rapidement. Aussi, le 2 février, nous pratiquons la dilatation avec bougies d'Hégar.

6 février. — Nouvelle dilatation avec lavage consécutif et, le 7 février, le malade quitte le service.

Il n'urine pas du tout par la verge, son urètre hypogastrique est incontinent. Ses urines sont retenues par l'urinal Souel qui empêche tout suintement aussi bien la nuit que le jour. Depuis lors, le malade est venu se faire dilater trois fois, car son orifice sus-pubien tend à s'oblitérer. Il n'a pas eu de miction par la verge.

OBSERVATION IX

Hypertrophie prostatique. Cystite très douloureuse. Délire. Etat général grave. Cystostomie sus-pubienne d'urgence. Mort au bout de trente-six heures. Autopsie. Cystite. Pas de distension vésicale. Pyélonéphrite ascendante.

Jean S..., quatre-vingt-trois ans, tonnelier, amené à l'hôpital

dans le délire, et sans autre renseignement que l'impossibilité où il se trouve de pisser ; figure pâle, bouffie. Nous ne constatons pas de globe vésical bien net de matité à ce niveau. Le cathétérisme avec une sonde à béquilles de moyen calibre est impossible et amène des hématuries. Avec les conducteurs Maisonneuve, nous passons facilement, mais le malade se débat et paraît souffrir beaucoup.

Nous retirons du sang mêlé d'urine à odeur ammoniacale très prononcée et de consistance épaisse. Nous avons donc affaire à une vessie petite, infectée et très douloureuse. Devant cet état de délire et d'affection urinaire grave, M. Bérard, chef de clinique, décide une intervention immédiate et pratique la cystostomie. On anesthésie légèrement le malade à l'éther à cause de la trop grande sensibilité de la vessie. Pour distendre l'organe, on fait quelques injections boriquées et on lie la verge avec une sonde de Nélaton. Quoique la vessie soit petite et peu distendue par les injections boriquées, elle est facilement trouvée, et M. Bérard ne fait qu'un point de suture vésico-cutané de chaque côté. L'exploration intra-vésicale permet de constater la présence de colonnes et la prostate entoure le col vésical sur presque tout son parcours. Seule, la partie tout à fait antérieure est relativement libre. On fait des lavages boriqués chauds et abondants. Pansement habituel avec de la gaze iodée formée et bloc de coton retenu par des bandes pour que le malade ne puisse l'enlever. Au toucher rectal pratiqué après l'opération, on trouve une prostate uniformément volumineuse et de consistance dure. Il semble qu'il y ait là un processus inflammatoire assez accusé, car le malade crie au cours de cette exploration, faite avec douceur. Pas de point fluctuant. La langue est saburrale, pas d'œdème des jambes.

Le soir, le malade délire toujours, le pouls bat 192. Température 38°,8. Il arrache continuellement son pansement, on est obligé de l'attacher. La langue est grillée : les lavages boriqués donnent issue à un liquide très fétide.

26 février. — Le lendemain matin, le malade est dans le même état, le délire persiste, on fait encore un lavage au lit du malade avec la cuvette pelvi-support ; la température monte à 38°,5 et le malade meurt à 4 heures du soir.

Autopsie. — La vessie est petite, à parois épaissies, entourée d'une zone fibro-adipeuse considérable. La muqueuse est rouge autour du col vésical. La prostate fait une saillie notable dans la vessie et entoure l'orifice urétral. Le bas-fond vésical est peu accentué. L'hypertrophie prostatique porte surtout sur les lobes latéraux.

A la coupe, le tissu est dur, il est constitué par des travées fibreuses épaisses englobant les masses cellulaires. En aucun point il n'existe de concrétions glandulaires ni de foyers inflammatoires aigus. La prostate pèse 150 grammes.

Les deux reins, de volume à peu près égal, pèsent ensemble 310 grammes. Ils sont rouges, vasculaires. L'atmosphère périnéale est très développée, d'aspect fibro-lipomateux, le calice et le bassinets dilatés contiennent du pus très fétide, mais ne présentent pas d'ulcération.

En somme, le malade est mort de pyélonéphrite ascendante, conséquence probable de son hypertrophie prostatique.

OBSERVATION X

Hypertrophie prostatique ancienne. Crises de rétention aiguë traitées par le cathétérisme évacuateur; nouvelles crises de rétention aiguë, cathétérisme impossible, fausse route, évacuation de la vessie par deux ponctions. Distension mécanique énorme. Cystostomie d'urgence. Urine hématurique sans infection. Guérison.

P..., soixante-dix ans, cultivateur, entre le 21 avril 1898. Son père est mort d'apoplexie, sa mère de cancer d'estomac. Pas d'alcoolisme, pas de maladies vénériennes. Peut-être de l'impaludisme.

Depuis neuf ans, le malade a de la peine à uriner et se lève toutes les nuits.

A cette époque, à la suite de copieuses libations, accès aigu de rétention ; le médecin appelé peut passer facilement une sonde de Nélaton de moyen calibre. Un an et demi après, le malade a eu une nouvelle crise de rétention, et, pendant huit jours, les mictions sont très pénibles, nécessitant plusieurs sondages.

Depuis lors, les médecins l'ont sondé une vingtaine de fois. Lui-même se passe fréquemment une sonde de Nélaton de moyen calibre, mais parfois le cathétérisme provoque une hémorragie légère.

Il y a cinq jours, le malade n'ayant plus uriné depuis douze heures, sans aucun motif ayant provoqué cette rétention aiguë, consulte un médecin qui essaye de le sonder et fait une ponction vésicale. Trois jours après, le malade n'a pas uriné depuis la ponction. Nouvel insuccès du cathétérisme. On le ponctionne pour la deuxième fois. Consécutivement, le malade ne peut uriner. On essaie de nouveau de le sonder deux jours après au matin. Son médecin l'envoie à Lyon. Depuis quatre jours, les urines sont hématuriques et, à la suite du premier sondage, le malade a eu une hémorragie par la verge. Il y a donc probablement eu fausse route.

Il arrive dans le service, le soir, souffrant beaucoup ; la langue est sèche, blanche, la température monte à 38 degrés. A la palpation et à la percussion, nous constatons une vessie distendue, remontant jusqu'à l'ombilic, et s'étalant largement du côté des fosses iliaques.

La prostate explorée par le toucher rectal est énorme, pas très dure, uniformément hypertrophiée, et le doigt ne paraît pas atteindre la limite supérieure de l'organe. Le doigt, en pressant sur la prostate, à sa partie moyenne, fait sourdre du liquide sanguinolent, indiquant manifestement une fausse route prostatique. M. le Dr Delore décide une intervention immédiate, et pratique une cystostomie sus-pubienne classique. Le cul-de-sac péritonéal, probablement très remonté par la distension, n'est pas aperçu dans le fond de la plaie. Signalons également une musculature abdominale très développée ; les pyramidaux, notamment, ont un volume absolument insolite. A l'ouverture de la vessie, il s'écoule un

liquide hémorragique jaune rougeâtre, dans lequel nagent de petits grumeaux blanchâtres, sans consistance.

Les urines n'ont pas d'odeur ammoniacale.

Il s'agit donc de distension mécanique sans infection, mais avec hématurie. Cette hématurie est peut-être due à la fausse route prostatique, ou plutôt, il semble, par la suite de l'observation, qu'il s'agisse là d'hématurie provoquée par la distension. On fait des lavages abondants, très chauds, avec une canule vaginale, puis nous poussons par le méat de vigoureuses injections bori-quées avec la seringue en ébonite : le liquide sort facilement par la plaie hypogastrique.

Au toucher intra-vésical, nous constatons une saillie prostatique entourant le col vésical, à la façon d'un museau de tanche. La prostate énorme soulève la partie antérieure de la vessie, jusqu'au plan horizontal, passant par le bord supérieur du pubis. La distension de la vessie est telle, qu'il lui faut un bon moment pour revenir sur elle-même, et encore d'une façon fort incomplète. On fait les sutures; l'anesthésie par l'éther n'a pas été profonde.

Les suites opératoires sont simples. Le malade est lavé régulièrement, matin et soir, dans son lit. L'hématurie a complètement cessé aussitôt la vestie ouverte.

Il s'agit bien là d'une hémorragie due à la distension. La température, le lendemain de l'opération n'atteint pas 38 degrés; le surlendemain soir, 38 degrés, et le soir du troisième jour, 37°5. On fait purger le malade, et les troubles digestifs légers disparaissent.

25 avril. — Le malade va bien; pas de fièvre, pas d'hématurie, on enlève les fils.

OBSERVATION XI.

DIAGNOSTIC CLINIQUE : *Hypertrophie prostatique datant de deux ans. Cystite dès le premier cathétérisme. Insuccès des lavages vésicaux. Hématuries fréquentes. Cystostomie sus-pubienne.*

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE : *Cancer de la région du col vésical. Persistance des hématuries, malgré la mise au repos de l'organe, les quatre premiers jours, puis disparition des hématuries et des douleurs.*

LUC. C..., soixante-dix ans, tailleur. Entré le 20 avril 1898. Son père est mort de vieillesse à quatre-vingt-deux ans. Sa mère est morte jeune, de maladie inconnue. Une sœur est morte à cinquante ans de tumeur maligne de la face à l'Antiquaille. Frère bien portant. Léger alcoolisme. Ni maladies vénériennes ni impaludisme. Il y a deux ans, le malade a présenté des symptômes nerveux : la perte de la mémoire. En six mois, il a perdu quatre fois connaissance pendant une demi-heure environ chaque fois, sans aura, ni morsure de la langue, ni écume à la bouche. C'est la première fois qu'il prend des crises ; dès son jeune âge, il est vrai il avait un tempérament nerveux.

Depuis un an et demi, il se lève toutes les nuits pour uriner ; la miction est déjà difficile. Il a environ dix mictions par jour. Pas d'hématurie au début de l'affection. Depuis lors, les troubles urinaires ont augmenté. Le 4 mai dernier, le malade a consulté un médecin qui lui fait un cathétérisme évacuateur. Depuis lors, les mictions sont devenues douloureuses et les urines troubles. Depuis six mois, à la moindre fatigue, il pisser du sang mêlé à l'urine qui prend à ce moment une forte odeur ammoniacale. Jamais le malade n'a eu de crises de rétention complète. Huit jours après le premier cathétérisme, à cause des douleurs intolérables que lui provoque sa cystite, il fait appeler un autre médecin qui lui fait faire des sondages assez réguliers (trois à quatre par jour), suivis d'injections

boriquées. Le cathétérisme est facile avec une sonde de Nélaton de moyen calibre. Le malade suspend-il son traitement, les phénomènes de cystite réapparaissent aussitôt.

Actuellement, les douleurs vésicales sont presque continuelles et se manifestent surtout avant et après la miction ; jour et nuit, toutes les heures il est obligé d'uriner. Depuis hier soir, à la suite de son voyage, il a des hématuries à chaque miction. Localement, nous ne constatons pas de distention vésicale et passons facilement une sonde de Nélaton de moyen calibre. Nous ramenons ainsi quelques grammes, à peine, d'un liquide sirupeux : c'est de l'urine purulente, colorée par le sang en rouge groseille. L'odeur ammoniacale est très prononcée ; il s'agit donc d'une cystite bien nette, chronique, caractérisée par la douleur, la purulence, l'hématurie. Le toucher rectal nous montre une prostate très grosse et très dure. A l'exploration métallique, on ne constate pas de calcul vésical. La langue est sèche, rougeâtre ; le malade a de l'inappétence, de la dysphagie buccale, pas de fièvre.

Le lendemain, M. le professeur Poncet, en présence de ces phénomènes graves de cystite et l'insuccès des lavages antérieurs, décide une intervention. M. Delore pratique la cystostomie classique. Le cul-de sac prévésical descend presque jusqu'à la symphyse, mais il n'est pas adhérent et peut être facilement remonté avec le doigt. La vessie est petite, ratatinée. Au toucher intra-vésical, on constate une saillie volumineuse entourant le col vésical. On fait des lavages chauds, abondants, par la plaie hypogastrique et par des injections fortement poussées par le canal urétral.

Les suites opératoires sont assez bonnes. Le malade souffre moins, mais l'état saburral persiste.

21 avril au soir. — Jour de l'opération, la température atteint 37°8 ; le lendemain matin, 37°8 ; le soir, 39 degrés ; puis elle redescend et oscille entre 37°8 et 38°3 ; mais l'hémorragie persiste, preuve manifeste qu'il s'agit bien là d'un néoplasme malin. On supprime alors les lavages intra-vésicaux et l'on fait simplement la toilette du malade à l'aide du pelvi-cuvette.

Les hématuries disparaissent au bout de quatre jours ; les douleurs n'ont pas reparu depuis l'opération.

OBSERVATION XII

Néoplasme malin de la prostate. Cystostomie sus-pubienne.

A. B..., soixante-quatre ans, maréchal-ferrant, à la suite de deux blennoragies, contractées pendant sa jeunesse, avait toujours gardé un peu de gêne de la miction.

Après avoir eu pendant cinq ou six ans un peu de fréquence de la miction, il remarque que ses urines deviennent troubles. Depuis le 8 janvier 1898, ces accidents sont très accentués ; le malade urine toutes les deux heures environ, souvent même il perd constamment ses urines. Le cathétérisme est impossible.

Le malade entre dans le service de M. le professeur Poncet, le 15 janvier.

La vessie, énorme, remonte jusqu'à l'ombilic. L'état général est resté bon.

Cystostomie d'urgence. Les urines, purulentes, ont une odeur ammoniacale très accentuée. Le malade sort le 7 février. On est obligé de dilater fréquemment son méat hypogastrique qui tend à s'oblitérer.

En octobre, cette oblitération s'accroît. Le malade n'urine que difficilement et souffre beaucoup. Par deux fois on est obligé de dilater son méat hypogastrique. Malgré cela, la miction reste pénible et douloureuse, et le malade entre à nouveau dans le service le 15 novembre 1898.

Il maigrit rapidement et s'affaiblit. Mais ces accidents ne paraissent pas dus à l'infection urinaire ; on constate, en effet, que la prostate est énorme, et forme une tumeur qui occupe tout le petit bassin. C'est ce néoplasme de la prostate qui détermine sa mort le 22 novembre 1898. L'autopsie n'a, malheureusement, pas pu être pratiquée.

Ce malade, qui est amélioré singulièrement par le méat hypogastrique, meurt néanmoins de son cancer dix-huit mois après l'opération. L'importance du nouveau canal sus-pubien est, du

reste, démontrée par ces alternatives de recrudescence et d'amélioration des douleurs qui coïncidaient : dans le premier cas, au rétrécissement de l'orifice, et, dans le second cas, à sa dilatation judicieuse. Chez de tels sujets, l'incontinence urinaire hypogastrique est ordinairement préférable. Elle constitue l'unique moyen de calmer les douleurs, les hématuries, d'atténuer l'infection vésicale, d'arrêter enfin, dans la mesure du possible, la marche progressive du néoplasme de la prostate.

OBSERVATION XIII

Hypertrophie prostatique compliquée d'infection urineuse, cystite. Cystostomie. Mort de bronchopneumonie.

Gilbert G..., soixante-quatre ans, cultivateur. Pas d'histoire pathologique antérieure. Au mois de septembre 1898, cet homme, qui avait depuis quelques années, des mictions fréquentes et difficiles, éprouva une première rétention qui nécessita des cathétérismes : deux hématuries survinrent, dans la suite, sans cause appréciable.

Peu après survint une douleur vive dans la région anale, douleur qui persiste encore.

Au mois de décembre, les mictions devenaient plus fréquentes, obligeant le malade à se lever vingt à trente fois pendant la nuit. En même temps, bien que l'état général restât bon, le malade maigrissait rapidement (10 kilogrammes en trois mois).

19 janvier 1899. — A son entrée dans le service, il a des mictions fréquentes, mais non douloureuses ; les urines renferment du pus.

Le toucher rectal montre une prostate irrégulière bosselée, très dure, extrêmement hypertrophiée. T. = 38°5. La vessie est dilatée notablement.

21 janvier. — Le malade est cystostomisé ; la prostate forme des végétations au niveau de la partie postérieure du col ; il existe, à

ce niveau, des concrétions calcaires. Pas de lobe moyen de la prostate. Le malade présentait de la matité à la base droite : l'expectoration devient muco-purulente et sanguinolente, et ces accidents, indices de généralisation au poumon, emportent le malade le 22 janvier.

L'autopsie révèle une broncho-pneumonie droite ; reins dilatés, signes de pyélonéphrite.

Ce malade, opéré en pleine septicémie d'origine urinaire, n'a pu être sauvé par l'opération pratiquée tardivement.

OBSERVATION XIV

Hypertrophie prostatique. Infection vésicale. Cystostomie. Fermeture du méat hypogastrique. Infection et hémorragies vésicales graves. Précystostomie. Guérison.

Pierre-François P..., soixante-seize ans, menuisier, entre salle Saint-Philippe, le 12 octobre 1898.

A la fin de septembre 1898, sans avoir eu jusqu'alors aucun symptôme prémonitoire, il est pris brusquement d'un accident de rétention complète. Le cathétérisme pratiqué pendant quelques jours devient rapidement impossible, et le malade infecté, avec un état général grave, entre à l'Hôtel-Dieu.

Il est cystostomisé d'urgence.

Les suites furent simples ; l'état général s'améliora, et le malade sortit bientôt de l'hôpital. Il a repris sa vie normale et revient à l'Hôtel-Dieu, irrégulièrement se faire faire des lavages intra-vésicaux.

Vers la fin de janvier 1899, il a eu quelques hématuries ; à ce moment, le méat hypogastrique était fortement rétréci, et la miction se faisait surtout par l'urètre. La dilatation du méat artificiel, les lavages intra-vésicaux ne les arrêtent pas ; leur abondance affaiblit le malade, qui prend même une syncope en venant à l'hôpital. Après réouverture de la vessie, l'éclairage électrique

montre que l'hémorragie vient de grosses veines vésicales ; elles sont cautérisées au nitrate d'argent.

Les hémorragies ont cessé depuis ; le malade a repris ses forces et, le 22 février, bien portant, il peut sortir de l'hôpital.

Revu depuis, à divers intervalles, et notamment le 15 juillet 1899, le malade jouit d'une fort belle santé. Grâce à la récystostomie et à la dilatation du méat hypogastrique, les accidents d'infection et d'hémorragie ont complètement disparu. Le sujet aurait certainement succombé à ces accidents qui revêtaient la plus haute gravité, si l'intervention n'avait pas été exécutée immédiatement.

OBSERVATION XV

Cancer de la prostate. Fausses routes et abcès urinaires par cathétérisme. Cystostomie tardive. Mort.

Claude S..., soixante et onze ans, est pris brusquement au mois de mars 1898, d'un accès aigu de rétention, sans avoir présenté de troubles urinaires antérieurs. Depuis, il est obligé de se sonder quatre fois par jour.

Au mois de juin, à la suite d'un cathétérisme, pratiqué avec une sonde métallique, il se développa de la tuméfaction du périnée, puis un abcès qui s'ouvrit dans l'urètre. Le 29 décembre, le malade obligé de se sonder constamment, entre à l'Hôtel-Dieu.

La prostate est dure et volumineuse. La pression sur le périnée fait toujours sortir un peu de pus par le méat. Les urines sont troubles et purulentes. Le malade est cystostomisé.

L'état général est allé s'affaiblissant peu à peu et le malade est mort le 19 janvier 1899.

L'autopsie a démontré qu'il s'agissait d'un néoplasme de la prostate avec de la généralisation péritonéale.

Cette histoire est celle de la plupart des cancéreux prostatiques. Nous ne saurions trop insister sur le danger du cathétérisme chez de tels individus. Les fausses routes, les abcès urinaires consécutifs,

viennent trop souvent compliquer un état général déjà grave par lui-même. L'infection urinaire trouve ainsi des conditions particulières de virulence dans cette nouvelle porte d'entrée. Plutôt que s'exposer à de pareils accidents, n'est-il pas préférable de tourner l'obstacle par la création d'un méat hypogastrique ?

La rétention et l'infection vésicales disparaissent comme disparaissent aussi la rétention des matières fécales et les signes de stercorémie, lors de l'établissement d'un anus iliaque contre le cancer du rectum. Mieux vaut la cystostomie précoce ; contre des accidents anciens, compliqués de fausses routes, on risquerait d'être impuissant, ainsi que le démontre la précédente observation.

OBSERVATION XVI

Hypertrophie prostatique. Pyélo-néphrite. Cystostomie tardive.

J.-J. S..., soixante-huit ans, employé. A partir de soixante et un ans, le malade qui jusque-là avait été bien portant, fut pris de mictions fréquentes, surtout la nuit, et de gêne de la miction. Cet état alla s'aggravant peu à peu ; au mois de janvier 1899, le malade s'est mis à perdre ses urines ; son état général s'est altéré ; la langue est devenue sale, la peau jaune et sèche, et cet homme se décida alors à rentrer à l'Hôtel-Dieu, le 18 février.

La vessie monte jusqu'à l'ombilic ; la prostate est volumineuse ; la température élevée ; les urines sont purulentes et fétides.

Malgré la cystostomie, la température se maintient à 40 degrés. L'état général reste mauvais ; il y a un peu de suppuration de la plaie. Les poumons présentent dans toute leur étendue des rales sibilants et ronflants.

Ces accidents généraux amènent la mort le 26 février 1899. A l'autopsie, broncho-pneumonie droite et pyélo-néphrite ancienne.

OBSERVATION XVII

Cystostomie il y a sept ans. Oblitération du méat. Nouveaux accidents. Récystostomie. Disparition des accidents. Méat hypogastrique définitif.

J.-C. G. ..., soixante-quinze ans, manoeuvre. Cet homme présente des troubles urinaires depuis 1882. Il avait alors de la pollakiurie (20 à 30 mictions par vingt-quatre heures) et de la dysurie.

En 1887, un accès de rétention absolue disparut au bout de dix-huit heures, après un cathétérisme. Depuis lors le malade est obligé de se sonder plusieurs fois par jour. Il eut ainsi des hématuries pour lesquelles il fut soigné en 1887, dans le service du professeur Tripier (lavages, cathétérisme).

Depuis la fin de mars 1892, les urines sont troubles. L'état général s'aggrave et le malade est cystostomisé le 26 avril 1892 (mauvais état général, urétrorragies après le cathétérisme, infection vésicale). La prostate est énorme.

La plaie s'est cicatrisée lentement et pendant ce temps il est sorti de la vessie un volumineux calcul. Le malade sort guéri. Pendant huit mois, l'incontinence est restée absolue, puis le méat hypogastrique s'est fermé, mais jamais la miction ne s'est rétablie spontanément par la verge; le malade dut se sonder. Les accidents urinaires, les hématuries réapparurent et ramenèrent le malade à l'Hôtel-Dieu le 4 mars 1894.

Le malade refuse toute intervention; pendant quinze jours, on lui fait des lavages vésicaux, puis il quitte le service.

Les hématuries continuent. Le malade revient le 20 février 1895.

Deuxième cystostomie dans la cicatrice de la première; la vessie renfermait deux calculs volumineux.

Le malade, rapidement amélioré, sort de l'Hôtel-Dieu, vingt-quatre jours après. Au bout de onze mois, le méat hypogastrique s'oblitére et le malade recommence à se sonder.

L'orifice resta obstrué trois ans, puis le méat s'est rouvert spontanément et le malade ne vient à l'hôpital le 19 avril 1899, que pour demander un urinal.

La prostate est énorme, du volume du poing. La vessie est petite. Le méat permet l'entrée d'une sonde n° 16. L'urine est un peu trouble. L'état général est excellent.

Cette observation peut se résumer ainsi : survie de plus de sept ans, grâce à la cystostomie pratiquée contre l'hypertrophie prostatique et la calculose vésicale. Récidive des accidents après l'oblitération du méat hypogastrique et cessation de ces complications par le rétablissement du néo-canal. Elle montre encore la nécessité parfois impérieuse de cette soupape de sûreté qui s'est rétablie d'elle-même lorsque la déformation prostatique progressive a définitivement oblitéré les voies normales d'excrétion. Est-il besoin de rappeler, à ce propos, l'histoire de cet individu (thèse Delore, 1897) qui, ayant été affecté, dans les deux premiers mois de la vie seulement, d'une fistule ouracale, qui paraissait s'être oblitérée, la vit réapparaître tout à coup à l'âge de soixante-trois ans, à l'occasion d'une crise de rétention d'origine prostatique.

OBSERVATION XVIII

Insuffisance du cathétérisme et des lavages vésicaux.

Cystostomie. Guérison.

Jean L..., soixante-sept ans, maçon, est pris brusquement en 1896, d'un accès de rétention aiguë qui dura huit jours, conserva, pendant quelque temps de la gêne de la miction, puis tout redevint normal.

En décembre 1898, il fut pris de pollakiurie ; miction impérieuse, non douloureuse, encore assez facile.

10 mai. — Second accès de rétention et le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 14 mai.

La vessie est modérément distendue ; les urines sont claires ; le

cathétérisme est facile, l'état général, bon. La prostate est lisse, hypertrophiée, surtout à droite.

Le cathétérisme et les lavages sont pratiqués pendant quelques jours, mais les urines se troublent, le facies s'altère, la langue devient sèche, l'appétit disparaît; il n'y a pas de température ni de frissons urineux.

Cystostomie le 18 mai. Le bas-fond vésical est purulent; la prostate est régulièrement hypertrophiée, formant autour de l'orifice urétral, un bourrelet circulaire, qui donne au toucher la sensation d'un col utérin.

Suites simples; le malade quitte le service au bout de douze jours. Son aspect général est transformé. La langue est humide, les urines sont claires.

OBSERVATION XIX

Cystostomie pour rétention aiguë d'urine, sans infection.

Guérison rapide.

Jean-Baptiste V..., soixante-cinq ans, tonnelier. Présente depuis un an, de la pollakiurie avec un peu de gêne de la miction. Cette pollakiurie a augmenté progressivement et amène à l'Hôtel-Dieu cet homme qui n'a jamais eu d'hématuries, d'urines purulentes ou de douleurs vésicales.

A l'entrée (7 juin 1899), l'état général est bon. La prostate est dure, grosse, hypertrophiée surtout à droite. La vessie est distendue. Rétention d'urine depuis vingt-quatre heures. Cystostomie le 8 juin. Un peu de pus dans le bas-fond vésical.

Prostate en col utérin; elle fait autour de l'urètre une saillie circulaire très accentuée. Suites simples.

Sortie après quinze jours.

OBSERVATION XX

*Cystostomie pour infection et rétention vésicales.
Guérison rapide.*

Antoine J..., cinquante-huit ans, cultivateur. Epreuve depuis deux ans de la gêne de la miction et de la pollakiurie qui allèrent en s'accroissant peu à peu. Ses urines étaient claires, mais légèrement teintées de sang.

L'état général s'aggrave rapidement ; le malade a maigri, jauni, perdu ses forces.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu (8 juin 1899), il urine vingt à trente fois par vingt-quatre heures ; la miction est impérieuse, douloureuse, difficile.

La vessie est modérément distendue ; la prostate est molle, régulièrement hypertrophiée, les reins sont un peu douloureux.

L'état général est mauvais ; la langue est sale et le malade qui s'est sondé à plusieurs reprises, a parfois des accidents fébriles.

Cystostomie le 10 juin, par M. Delore, chef de clinique. Un peu de pus dans le bas-fond vésical. La prostate présente un lobe médian légèrement pédiculé formant une saillie de 1 centimètre environ et qui fait valvule au-dessus de l'orifice de l'urètre,

Suites simples. Sortie au bout de treize jours.

OBSERVATION XXI

Cystostomie pour des accidents d'infection et de rétention vésicales. Guérison rapide.

C..., soixante-dix ans, cultivateur. A l'âge de cinquante ans, il a eu un peu de gêne de la miction pendant un mois.

Depuis dix ans, les mictions sont devenues plus fréquentes, et

nécessitent des efforts de plus en plus grands. Un peu d'hématurie après les mictions trop pénibles.

Le malade urinait par regorgement depuis quelque temps, lorsqu'il fut pris, le 14 juin 1899, d'un accès de rétention qui l'amène à l'Hôtel-Dieu le 16 juin.

La vessie est très distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Le toucher rectal révèle une prostate dure, régulièrement hypertrophiée.

L'état général est bon, pas de troubles gastro-intestinaux, bien que les urines soient troubles.

Cystostomie. L'urine, légèrement purulente, renferme aussi un peu de sang.

Prostate dure, en col utérin.

Suites simples. Sortie au bout de quinze jours.

OBSERVATION XXII

Cystite. Hématurie. Cystostomie. Guérison rapide.

Jean C., soixante-six ans, tisseur, a, depuis huit ans, de la pollakiurie et de la gêne de la miction.

Il y a trois ans, nouvel accès qui dura une demi-journée.

Il y a un an, nouvel accès qui dura vingt-quatre heures.

La miction est actuellement très fréquente, tous les quarts d'heure environ. Elle est très difficile. Les urines sont troubles et renferment du sang. Le malade, qui s'était sondé à plusieurs reprises, a parfois des accès de fièvre urinaire.

15 juin 1899. — Il prend un nouvel accès de rétention et entre à l'Hôtel-Dieu le 17.

La vessie est modérément distendue. La prostate est dure, régulièrement hypertrophiée.

L'état général est bon.

OBSERVATION XXIII

Cystostomie pour infection urinaire d'origine prostatique.

Homme de soixante-treize ans, ayant eu deux ponctions vésicales il y a cinq jours. Langue grillée, température de 38°,5, état grave, œdème du prépuce et des bourses,

28 juin 1899. — Cystostomie sus-pubienne par M. Delore; le péritoine et fascia sous-péritonéal sont adhérents au pubis par l'infiltration et l'infection sous-péritonéale.

Tissu cellulaire péri-vésical très épais, à tel point qu'après une incision de 2 cm. 5, on croit être dans la prostate.

La vessie est pleine de pus et de caillots sanguins anciens. Le col est aplati.

29 juin. Délire, langue rôtie.

2 juillet. — Le malade, qui avait été soulagé par la cystostomie, meurt à 6 heures du soir.

4 juillet. — L'autopsie, pratiquée par M. Delore, montre un phlegmon péri-vésical suppuré.

OBSERVATION XXIV

Cystite chronique. Pyélo-néphrite menaçante.

François B..., soixante-treize ans. Il y a cinq ans, le malade qui avait de la pollakiurie, fut pris d'un accès de rétention et fut traité à l'Hôtel-Dieu par des lavages.

Depuis, il a toujours souffert; il urine souvent, difficilement, et ses efforts ont même amené deux hernies inguinales.

15 juillet 1899. — Nouvel accès de rétention, qui l'amène à nouveau à l'Hôtel-Dieu.

Son état général est peu altéré, sa langue est sèche, ses urines troubles. Sa prostate est dure, irrégulièrement hypertrophiée.

Cystostomie par M. Delore. Il y a un peu de pus dans le bas-fond ; saillie de la prostate en col utérin.

Le malade, venu en imminence de pyélo-néphrite, guérit rapidement et sort de l'Hôtel-Dieu vingt jours après.

OBSERVATION XXV

Cystite. Pyélonéphrite. Cystostomie. Guérison.

Antoine C..., quatre-vingts ans, cultivateur, n'a jamais eu, malgré son âge avancé, de troubles urinaires. A la fin de janvier 1899, il fut pris brusquement et sans motif d'un accès de rétention qui nécessita le cathétérisme. Le malade, depuis lors, continua à se sonder ; il en résulta de l'infection de la vessie qui altéra son état général, déjà un peu mauvais. La langue devint sale, la soif vive, et le malade avait des troubles gastro-intestinaux.

Aussi, à son entrée dans le service, le 10 juillet 1899, fut-il opéré d'urgence par M. Delore.

La vessie, modérément distendue, renferme une urine légèrement purulente. La prostate dure, régulièrement hypertrophiée, fait dans la vessie une saillie légère en col utérin.

Suites simples. Le malade sort quinze jours après, complètement transformé.

OBSERVATION XXVI

Insuffisance des lavages. Cystostomie. Guérison.

Jean D..., cinquante-neuf ans, cultivateur, est atteint depuis trois ans, de pollakiurie. Il avait du pus et du sang dans l'urine. On lui fit des lavages quotidiens, mais ses mictions devinrent de

plus en plus fréquentes, et son état général s'est progressivement altéré. Sa langue est devenue sèche ; sa digestion est difficile ; il a maigri beaucoup et s'est affaibli. C'est ce mauvais état général qui le conduit à l'hôpital où il est cystostomisé d'urgence, le 17 juillet 1899, par M. Delore. La vessie est moyennement distendue, les urines sont purulentes.

La prostate est peu volumineuse, en forme de col utérin.

Depuis son opération, le malade va mieux, son état général s'améliore rapidement. Son aspect général change, la langue se dépouille, et le sujet sort vingt et un jours après.

OBSERVATION XXVII

Cystostomie sus-pubienne chez un prostatique. — Infection urinaire chronique. — Fausses routes. — Fièvre urinaire et hématome périnéo-bulbaire.

Homme de soixante-huit ans, de Grand-Croix (Loire), est envoyé à M. le professeur Poncet par le Dr Jayet. Depuis trois ans, à la suite d'accès de rétention successifs, il est obligé de se sonder.

Il y a trois semaines, en pratiquant un cathétérisme, le malade fait une fausse route qui s'accompagne de fièvre, d'hémorragie urétrale. Le lendemain, il essaye de nouveau le sondage, mais s'arrête bientôt en constatant le retour de l'hémorragie et le réveil de vives douleurs. Depuis ce moment, il vide incomplètement sa vessie, a de l'incontinence par regorgement, la nuit : il a maigri, ne mange plus facilement, et s'étiole visiblement.

6 juillet 1899. — Un cathétérisme réussit et ramène des urines troubles, en quantité au dessus de la normale = 1500 grammes. Le bas-fond contient du pus presque pur. On note dans la traversée urétrale, au niveau du bulbe, un rétrécissement probablement consécutif à la première fausse route.

Le lendemain, 7 juillet, un nouveau cathétérisme provoque une

fausse route et une abondante hémorragie, bien que les manœuvres eussent été aussi prudentes que possible.

Dans la soirée, la température monte à 39°,8.

8 juillet. — La nuit a été mauvaise, la langue est sale, la température est de 39°,4 le matin, frissons toute la nuit.

M. le professeur Poncet pratique la cystostomie sus-pubienne. La vessie est spacieuse, dilatée. Les urines sont troubles, le bas-fond rempli de pus. La prostate est volumineuse. Au toucher vésical, elle forme, à l'orifice urétral, une sorte de gros col utérin. On met quatre points de suture ; un drain est fixé dans la vessie.

10 juillet. — Au matin, la température était normale, le drain fonctionne parfaitement.

Le lendemain, la température remonte brusquement, le soir elle atteint 39 degrés ; le malade a des hémorragies légères, un suintement noirâtre par l'urètre ; il se plaint de son périnée.

On constate une tuméfaction périnéo-bulbaire : c'est la fausse route qui, formant hématome, s'est enflammée.

12 juillet. — Incision périnéale de l'urètre, de l'hématome bulbaire, qui est constitué par des caillots noirâtres. La température, le soir, est de 39 degrés.

13 juillet. — T. = 38 degrés, 38°,1. L'état général se relève, la langue est meilleure, l'appétit, qui avait disparu, revient ; nuit excellente.

17 juillet. — La température est remontée. Incision de l'urètre dans toute sa longueur. Urétrite et péri-urétrite suppurée grave. Langue sèche. Pronostic très grave,

19 juillet. — Part chez lui avec la fièvre et accidents fort graves.

Cette fausse route urétrale qui s'infecte a entraîné de tels désordres, que malgré une large intervention, le malade, déjà profondément infecté, a dû succomber chez lui. Les suites de la cystostomie avaient été fort simples, jusqu'à l'apparition de ces accidents périnéaux qui survinrent quatre jours après l'opération.

Les dangers du cathétérisme prolongé sont fort évidents dans cette observation,

OBSERVATION XXVIII (Piollet, *Gaz. des hôp.*, 16 mai 1899).

Cystostomie sus-pubienne datant de sept ans, chez un vieux prostatique : occlusion à diverses reprises du méat hypogastrique — Nécessité de son maintien pour conjurer de nouvelles complications urinaires. — Santé parfaite.

Jean-Claude G. ., âgé de soixante-quinze ans, ne présente, dans ses antécédents, aucune affection grave.

Le début des accidents urinaires remonte à dix-sept ans.

En 1887, premier accès de rétention complète, survenu brusquement, ayant duré dix-huit heures, avec symptômes généraux graves ; ces accidents cèdent à un cathétérisme pratiqué par un médecin.

Depuis lors, le malade se sonde régulièrement plusieurs fois par jour ; il a des douleurs vives et cuisantes localisées au bas-ventre, et s'irradiant dans le périnée et la verge ; des hématuries survenant, le malade entre à l'Hôtel-Dieu, où l'on essaye le traitement par les cathétérismes. Amélioration de courte durée : amaigrissement rapide, troubles digestifs, fièvre ; le toucher rectal montre une prostate énorme.

En présence de ces symptômes menaçants, la cystostomie sus-pubienne est pratiquée par M. le professeur Poncet, le 26 avril 1892.

Parois vésicales très épaisses ; prostate en gros col utérin. Suites opératoires normales ; les premiers jours, un peu de température qui disparaît rapidement :

Pendant la cicatrisation de la plaie, un des lavages fit sortir par le méat hypogastrique un volumineux calcul qui n'avait probablement pas été aperçu pendant la cystostomie.

Le nouvel urètre fonctionna pendant huit mois, absolument incontinent ; peu à peu il se referma, sans que jamais la miction se soit rétablie par la verge ; le malade se cathétérisait régulièrement.

L'état général décline alors peu à peu et, le 4 mars 1894, le malade rentre à nouveau dans le service de M. le professeur Poncet. Le malade ne veut pas d'autre intervention que les cathétérismes, sort du service au bout de quinze jours pour y revenir le 20 janvier 1895.

Les symptômes généraux se sont aggravés ; aussi M. Curtillet, chef de clinique chirurgicale, rouvre la cicatrice hypogastrique et extrait deux volumineux calculs.

Le malade reprend rapidement et, au bout de vingt-quatre jours, quitte le service en excellent état.

Pendant onze mois, l'urine continue à s'écouler par le nouvel urètre, puis, vers le début de 1896, il se ferme peu à peu, et reste fermé pendant trois ans, le malade se sondant très régulièrement.

En mai 1899, le malade remarque que ses urines deviennent troubles : réapparition des symptômes généraux, la cicatrice hypogastrique devient douloureuse, s'abcède et s'ouvre : à ce moment tout rentre dans l'ordre, et quand, en avril 1899, le malade revient dans le service, il jouit d'une santé parfaite : il se plaint seulement d'être toujours souillé par ses urines ; on lui donne un urinal hypogastrique de Sorrel ; il se déclare satisfait et quitte l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXIX

(Due à l'obligeance de M. Garrel, *Gazette des hôpitaux*,
24 août 1899.)

Cystostomie d'urgence pour troubles urinaires graves d'origine prostatique.

Jules D... entrant, au commencement de mars 1899, dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents infectieux très graves, d'origine prostatique.

Ce vieillard, âgé de soixante-dix ans, cultivateur, souffrait de troubles urinaires depuis un an. Douze jours après son entrée, il

fut atteint de rétention brusque qui nécessita des cathétérismes. Au début la sonde passa facilement et l'état général resta bon ; mais bientôt les phénomènes généraux apparurent et les sondages devenaient de plus en plus douloureux et difficiles.

L'urine est fétide, profondément infectée ; après avoir retiré 2 litres d'urine, on sent encore le globe vésical volumineux.

Les reins étaient gros et douloureux.

Etat général très mauvais, $T = 40^{\circ},2$. Délire violent, qui nécessita l'emploi de la camisole de force. Langue sale.

Cystostomie d'urgence par M. Delore.

Après l'incision de la paroi vésicale, il s'écoula une grande quantité d'urine purulente et fétide. La vessie, malgré son énorme distension, ne revient pas sur elle-même : la rétention avait donc amené une atonie vésicale complète. Au toucher intra-vésical, pas de lobe médian.

La température tomba dès le lendemain à $37^{\circ},5$ pour osciller les jours suivants autour de 38 degrés. Le délire persiste, et le malade, en se débattant, souille sa plaie avec ses mains.

Grands lavages au permanganate, et guérison.

CONCLUSIONS

Les déformations du col vésical dans l'hypertrophie prostatique sont très variées ; mais d'habitude, on les ramène à quatre catégories principales : — *a)* Dans l'hypertrophie des lobes latéraux, le col vésical affecte la forme d'une fente antéro-postérieure ; cette disposition est des plus rares. — *b)* Dans l'hypertrophie du lobe médian, le col est surmonté d'une véritable lnette qui peut être parfois pédiculée ; on ne la rencontre que dans une proportion de 4 pour 100. — *c)* Dans l'hypertrophie en masse de tout le tissu prostatique, le col vésical ressemble à un museau de tanche : c'est l'hypertrophie en col utérin. — *d)* Souvent aussi, la prostate ne fait aucune saillie dans la cavité vésicale ; comme la précédente, c'est une variété très fréquente.

II. Nous avons recherché soit sur le vivant au cours des cystostomies récentes (29) et anciennes (124), soit dans les autopsies dont 18 nous sont personnelles, et 30 appartiennent à Lagoutte, quelle était la proportion de ces différentes catégories de déformation : nous n'avons jamais trouvé l'hypertrophie des lobes latéraux ; nous

n'avons rencontré que 8 fois celle du lobe médian, et 193 fois le col utérin ou le col à fleur de la muqueuse vésicale.

III. Par la voie périnéale, on peut enlever quelques fibromes glandulaires, et remédier, à la rigueur, par incision de l'urètre, à certains troubles d'obstruction ; mais c'est une voie mal réglée, et jusqu'ici les prostatectomies par voie périnéale n'ont jamais été que des opérations de circonstance, et ne peuvent être décidées que dans le courant de l'intervention.

IV. La prostatectomie sus-pubienne donnerait, à la rigueur, des résultats dans les cas de lobe médian pédiculé, et quelques observations démontrent l'utilité de cette pratique ; mais si, théoriquement, la prostatectomie sus-pubienne est l'opération de choix dans ces conditions, il n'en est pas de même dans la pratique, car les malades sont infectés et, à ce moment, le diagnostic est impossible, malgré les prétentions de quelques auteurs.

V. La plupart du temps, les malades sont des empoisonnés urinaires avec de graves accidents de rétention, et dont la vie est menacée, ils réclament donc le minimum de traumatisme opératoire. La cystostomie sus-pubienne de M. le professeur Poncet, constitue donc une opération de choix qui rend des services dans tous les cas, par le drainage des voies urinaires qu'elle établit. Si, alors, on constate l'existence d'un lobe médian pédiculé, on peut l'enlever lorsque l'état général du malade le permet ; or, ces cas sont rares et, d'une façon générale, la cystostomie sus-

pubienne peut seule être utilisée. Du reste, la prostatectomie sus-pubienne, vantée par certains auteurs, n'agit, d'après nous, que par la cystostomie et l'établissement d'un drainage des voies urinaires supérieures.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :
P. LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LACASSAGNE.

Vu, et permis d'imprimer :
LE RECTEUR,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

HARRISSON, Med. News, 25 juin 1890.

— Lancet, 1884.

LAUNOIS, th. Paris, 1885.

BELFIED, Intern. Journ. of med. sciences. Novembre 1890.

SAUVAJOL, th. Montpellier, 1891.

MANSEL-MOULLIN, Lancet. Juin 1892.

LAGOUTTE, Gaz. hebdomadaire. Mars 1884.

— th. Lyon, 1884.

BILLROTH, Langenbeck's Archiv X.

DESNOS, Congrès de chirurgie, 1896.

PRÉDAL, th. Paris, 1897.

DELORE, th. Lyon, 1897.

— Archives provinciales de chirurgie, t. VII.

POUSSON, Maladies des voies urinaires, 1898.

RAFIN, Lyon médical. Janvier 1899.

PONCET et DELORE, Cystostomie sus-pubienne, 1899.

TABLE

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Symptomatologie.	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III. — Pathogénie	24
CHAPITRE IV. — Traitement.	29
OBSERVATIONS	35
CONCLUSIONS.	73
BIBLIOGRAPHIE	77

